Nr. 52. 24. grudnia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

LOUIS PASTEUR.

(* 1822 — † 1895).

W SETNĄ ROCZNICĘ URODZIN.

Urodzony 27. grudnia 1822 roku w Dôle we Francji, kształci się Pasteur najpierw w Arbois, później w Dijon, gdzie uzyskuje w roku 1842 stopień bakałarza. Udaje się następnie do Paryża i pracuje głównie pod kierunkiem znakomitego chemika Dumasa.

W r. 1848 zostaje profesorem fizyki w Dijon i w tym też roku rozpoczyna Pasteur swoje klasyczne badania nad kwasem winowym. W badaniach tych stwierdza istnienie czterech izomerycznych odmian kwasu winowego: kwas gronowy, nieczynny optycznie kwas winowy, kwas winowy prawoskrętny i kwas winowy lewoskrętuy; wykazuje dalej, że dwie ostatnie odmiany krystalizują w takich samych, ale odwrotnie zbudowanych (enantiomorficznych) kryształach, że obydwie skręcają płaszczyznę światła spolaryzowanego o ten sam kąt, ale w kierunkach wprost przeciwnych, oraz że stężone ich roztwory, zmieszane ze sobą w równych częściach, dają optycznie nieczynny kwas gronowy. Następnie udaje mu się rozłożyć znowu kwas gronowy na dwie optycznie czynne odmiany zapomocą trzech metod: 1. przez krystalizację soli sodowo-amonowej, przyczem otrzymuje się dwie wyżej wspomniane odmiany kryształów enantiomorficznych, które, po rozdzieleniu i rozłożeniu, dają dwie odmiany optycznie czynnych kwasów winowych; 2. przez zamianę kwasu gronowego w sole cynchonidyny i chinidyny, przyczem w pierwszym przypadku wykrystalizowuje najpierw sól kwasu winowego lewoskrętnego, w drugim prawoskrętnego; 3. przez hodowanie w roztworze kwaśnej soli amonowej kwasu gronowego grzybka penicillum glaucum, który, pomnażając się, zużywa tylko sól kwasu prawoskrętnego tak, że po pewnym czasie pozostaje w roztworze prawie czysta sól kwasu lewoskrętnego. Wreszcie nieczynny kwas winowy otrzymuje Pasteur przez ogrzewanie winianu cinchoniny.



Te klasyczne badania nad »dyssymetrją molekularną«, rozpoczęte w roku 1848 w Dijon, prowadzone dalej w Lille, gdzie pracuje jako profesor i dziekan nowozałożonego fakultetu od r. 1854, ukończył Pasteur w Paryżu w 1860 r., dokąd powołany został jako profesor w 1857 r. Wyniki tych badań utworzyły podstawę, na której poczęto budować następnie gmach stereochemji z teorją węgla asymetrycznego, wzniesiony i ugruntowany pracami van't Hoffa, Fischera, Wislicenusa, Waldena i in.

W 1865 r., poparty przez prof. Dumasa, zostaje Pasteur wysłany do Alais, dla zbadania choroby jedwabników, wyrządzającej przemysłowi francuskiemu olbrzymie szkody. Pasteur, posługując się tylko bardzo prymitywnemi środkami, wywiązuje się chlubnie ze swego zadania. Wykrywa przyczynę choroby i podaje skuteczne środki zaradcze.

Olbrzymią ilość pracy, wiele energjii entuzjazmu poświęca Pasteur badaniom nad znaczeniem drobnoustrojów w wszechświecie.

Bezpośrednim bodźcem do zajęcia się temi sprawami były nurtujące wówczas w chemji poglądy na t. zw. »działanie przez zetknięcie«. Zamiana skrobji na cukier przez gotowanie z kwasami, przyczem kwasy zupełnie się nie zmieniają; rozkład dwutlenku wodoru, czyli wody utlenionej, na wodę i tlen pod wpływem ciał takich, jak gąbka platynowa, dwutlenek manganu lub świeży włóknik krwi, które wcale nie łączą się z tlenem i nie ulegają żadnym zmianom; żarzenie się gąbki platynowej w strumieniu zimnego wodoru, wypływającego w powietrze; zamiana cukru pod wpływem drożdży na alkohol i dwutlenek węgla i wiele innych - wszystkie te pozornie oderwane zjawiska połączył chemik francuski Berzelius, sprowadził je niejako do wspólnego mianownika, wprowadzając pojęcie siły katalitycznej, która polega, według niego, na tem, że ciała katalizujące, nie przez powinowactwo chemiczne, lecz przez samą swą obecność pobudzają uśpione w danej ciepłocie powinowactwa chemiczne innych ciał. Przeciwko tym zapatrywaniom wystąpił Liebig, stawiając swą hipotezę »mechanicznych uderzeń drobinowych«, według której istotą zjawiska katalizy miało być to, że ruchy drobinowe katalizatora udzielają się ciału katalizowanemu.

W sporze Berzeliusa z Liebigiem bierze Pasteur żywy udział. W pracach swoich nad fermentacją alkoholową uważa zamianę cukru na alkohol i dwutlenek węgla za bezpośrednią, życiową czynność komórki drożdżowej i zwalcza namiętnie hipotezę Liebiga. W sporze tym pozostał Pasteur wkońcu zwycięzcą, dopiero w znacznie późniejszych czasach uległy jego zapatrywania pewnej zmianie, kiedy Buchnerowi udało się oddzielić od żywej komórki drożdżowej zymazę czyli zaczyn, powodujący fermentację alkoholową.

Przy sposobności studjów nad fermentacją alkoholową zwróconą zostaje uwaga tego genialnego uczonego na świat drobnoustrojów. Wszechstronny jego umysł przeczuł głębię i rozległość kryjących się tu problemów. Olbrzymia praca jednego człowieka wprawia nas w zdumienie. Nauka bakterjologji czcić w Nim będzie po wieczne czasy swego ojca, ponieważ genialnym swym umysłem i swoją gigantyczną pracą wywołał ją prawie z próżni! Genialny mąż wkracza na ugor, nietknięty prawie ręką ludzką, i zmienia go w kilka lat w urodzajną, bogatą w plony glebę.

Pracę swą zaczynać musi literalnie od początku, od badania i roztrząsania zasadniczych, podstawowych pojęć.

»Generatio aequivoca« — nauka o samorództwie t.j. o powstawaniu żywych drobnoustrojów w płynach organicznych pod wpływem powietrza i promieni słonecznych, zwalczana tak dzielnie i skutecznie z końcem osmnastego wieku przez Spallanzaniego, ma jednak jeszcze ciągle zwolenników. Niedham i Gay-Lussac zarzucają Spallanzaniemu, że w jego doświadczeniach zmienione przez gotowanie powietrze, prawdopodobnie pozbawione tlenu, jest przyczyną zahamowania rozwoju drobnoustrojów, ponieważ potrzebują one koniecznie tlenu do życia.

Pasteur podejmuje więc szereg bardzo dokładnych doświadczeń i żmudnych badań, w których wykazuje, że nawet przy dostępie powietrza pozostaje przydatny do gnicia płyn, nawet przez całe lata zupełnie wolnym od bakteryj, jeżeli tylko uchronimy go przed zanieczyszczeniem z zewnątrz pyłem, na którym zawsze tkwią drobnoustroje. Wykazuje dalej, że nawet materjał niewyjałowiony, ulegający zwykle łatwo gniciu, jak mocz, krew, narządy zwierzęce, mogą być przechowywane bardzo długo i nie rozkładają się, jeżeli tylko pobrane były w odpowiedni sposób i przechowywane w jałowych naczyniach. W ten sposób zostaje wreszcie obaloną definitywnie nauka o samororództwie, zarazem zaś stwierdzony fakt zasadniczy, że żywe tkanki zdrowych zwierząt wolne są od bakteryj.

Z przyrządów i metod badania w dziedzinie mikrobiologji zastał Pasteur tylko mikroskop i metodę bioskopową zapomocą tegoż mikroskopu, pozatem całą aparaturę, całą metodykę badania musiał sam stwarzać. Jemu też zawdzięczamy stworzenie pierwszej metody wyosabniania bakteryj z ich mieszanek, przez rozcieńczenie badanego materjału w jałowych pożywkach płynnych, jemu metodę hodowania bakteryj w czystych hodowlach — metody, które tak świetnie dalej rozwinął i do doskonałości doprowadził Robert Koch.

W dalszych swych pracach oznacza Pasteur wysokość ciepłoty, potrzebną do zabicia rozmaitych gatunków bakteryj i stwarza przez to metody wyjaławiania; podaje sposoby ochraniania win przy fabrykacji od przypadkowych zanieczyszczeń i konserwowania mleka, sposoby stosowane do dnia dzisiejszego pod nazwą pasteuryzacji, a polegające na krótkotrwałem działaniu temperatury poniżej 100° C, następowem szybkiem ochłodzeniu i przechowywaniu w niskiej ciepłocie. Dalej wykrywa Pasteur drobnoustroje, które pomnażają się tylko bez dostępu tlenu, daje im nazwę anaerobów — beztlenowców i stwierdza zarazem, że drobnoustroje te wyłamują się tylko pozornie z pod ogólnego prawa biologicznego, które brzmi: »niema życia bez tlenu«, a potrzebny im do życia tlen odszczepiają z bogatych w tlen połączeń węgla.

Pasteur nie gubi się jednak w tej żmudnej pracy technicznej i metodycznej — nie traci z oczu wielkich problemów. Jego geniusz ujął pierwszy istotne znaczenie drobnoustrojów dla życia na ziemi. »Gdyby nie bakterje« — uczył on — »świat zasłałby się trupami zwierząt i roślin; ich niestrudzonej pracy rozkładowej w postaci butwienia i gnicia zawdzięczamy to, że te nieużyteczne trupy przechodzą we formy, które znowu świat żyjący może zużytkowywać«.

Niepohamowana chęć służenia ludzkości zwraca teraz umysł Pasteura ku dziedzinie patologji. Punktem wyjścia dla dalszych jego prac jest idea, że, podobnie jak procesy fermentacyjne i gnilne, również i niektóre choroby, zwłaszcza zaś szerzące się masowo, a więc t. zw. zarazy, spowodowane są działaniem bakteryj.

W 1877 r. rozpoczyna Pasteur swoje badania nad wąglikiem, który szerzył się wówczas gwałtownie we Francji i powodował w oborach, zwłaszcza wśród owiec, zastraszające wprost spustoszenia. Owocem tej pracy było otrzymanie czystej hodowli prątków wąglika.

W 1879 r. przerywa Pasteur dalszy ciąg badań nad wąglikiem i zwraca się do badania cholery kur, zarazy, która w lecie tegoż roku wybuchła we Francji wśród drobiu. Pasteur odkrywa swoistego zarazka tej choroby w postaci laseczki i otrzymuje czyste jego hodowle na jałowych pożywkach, przekonuje się, że hodowle w pierwszych dwóch generacjach nie tracą na jadowitości, o ile przeszczepiane są w krótkich odstępach czasu, pozostawione zaś na pożywce przez kilka dni i nie przeszczepiane tracą stopniowo coraz bardziej na jadowitości. W ten sposób mógł Pasteur otrzymać hodowle o dowolnej jadowitości. Wprowadzenie żywych, ale osłabionych zarazków kurze powoduje lekką postać choroby, po przebyciu której ptak staje się już niewrażliwym na zakażenie jadowitemi zarazkami. W klasycznych tych badaniach odkrywa więc Pasteur metodę osłabiania zarazków przez hodowanie ich na sztucznych pożywkach oraz stwierdza możliwość nadawania odporności przez wywoływanie poronnego zakażenia zapomocą osłabionych zarazków.

W 1881 roku powraca Pasteur do badań nad wąglikiem. Metoda osłabiania, zastosowana przy cholerze kur, zawodzi go tutaj; stosuje więc inną metodę. Hoduje prątki wąglika w ciepłocie 42—43° C i stwierdza, że ulegają w tych warunkach osłabieniu, aż do zupełnej utraty jadowitości, oraz że przez dalsze hodowanie w temperaturze ciała hodowle zatrzymują już ten stan jadowitości, jaki osiągnęły przez hodowanie we wymienionej wyżej, wyższej ciepłocie. Stopień zmniejszenia jadowitości stwierdza Pasteur zapomocą stworzonej przez siebie skali zwierząt, rozmaicie wrażliwych na zakażenie wąglikowe, a mianowicie na najwrażliwszej myszce białej, mniej już wrażliwej śwince morskiej i jeszcze mniej wrażliwym króliku. Pasteur hoduje teraz prątki wąglika przy ciepłocie 42.5° C tak długo, aż hodowla zabija tylko najwrażliwszą myszkę białą, nie zabija zaś ani świnki morskiej, ani królika. Tak osłabioną hodowlę nazywa Pasteur »szczepionką pierwszą«. Przez hodowanie prątków wąglika przez krótszy czas przy tej samej ciepłocie uzyskuje hodowlę mocniejszą, bardziej jadowitą, która zabija myszkę białą i świnkę morską, a nie zabija królika. Taką hodowlę nazywa Pasteur »szczepionką drugą«.

Towarzystwo rolnicze w Melun ofiarowuje teraz Pasteurowi zwierzęta dla komisyjnego zbadania wartości jego szczepionki. Dnia 5 maja 1881 r. zjawia się Pasteur w towarzystwie swoich asystentów Chamberland'a i Roux'a w Pouilly le Fort koło Melun, gdzie oczekuje go komisja złożona z lekarzy, weterynarzy, aptekarzy i fachowych rolników. Pasteur wstrzykuje 24 owcom, 1 kozie i 6 krowom szczepionkę pierwszą, a w 14 dni później tym samym zwierzętom szczepionkę drugą. Ostatniego dnia maja wszystkie szczepione zwierzęta i dla kontroli nieszczepione: 24 owiec, 1 koza i 4 krowy, które były osobno umieszczone, zakaża Pasteur przez wstrzyknięcie jadowitej nieosłabionej hodowli. Wszystkie zwierzęta szczepione zniosły zakażenie jadowitemi zarazkami bez szkody, natomiast wszystkie nieszczepione ciężko zachorowały, a większość z nich zginęła.

Wynik był pod każdym względem zadowalający i taki, jak go Pasteur przepowiedział.

Dnia 13 czerwca 1881 r. przedłożył Pasteur wyniki tych doświadczeń Akademji Umiejętności. Rząd francuski odznaczył go za to wiekopomne odkrycie wielką wstęgą legji honorowej. Pasteur przyjął odznaczenie pod tym warunkiem, że i jego dwaj znakomici asystenci, Roux i Chamberland, otrzymają takie same odznaczenie. Życzeniu Pasteura stało się zadość.

Po ukończeniu prac nad wąglikiem przechodzi Pasteur do studjów nad wścieklizną. Badania nad tą straszną chorobą nastręczały wprost niesłychane trudności. Liczne próby wyhodowania zarazka spełzły na niczem. Pasteur jednak, który zwykł był mawiać: »Geniusz to wytrzymałość« — nie ustaje w pracy i nie daje się zniechęcić. Żmudne studja i doświadczenia prowadzi tak długo, dopóki nie zostały uwieńczone pomyślnym wynikiem.

Stwierdza więc najpierw, że zarazek wścieklizny umiejscowiony jest w systemie nerwowym, ponieważ system nerwowy jest materjałem najbardziej zakaźnym. Wypracowuje metodę podoponowego szczepienia przez trepanację czaszki; metoda ta okazuje się najpewniejszym sposobem doświadczalnego przenoszenia wścieklizny. W dalszych pracach stwierdza, że wścieklizna rozmaitych gatunków zwierząt jest chorobą identyczną, wywołaną przez ten sam zarazek, że wprowadzenie

jadu do krwi powoduje powstawanie t. zw. spokojnej, porażennej postaci wścieklizny, wreszcie, że przez ciągłe przeszczepianie jadu na zwierzęta jednego i tego samego gatunku jadowitość jadu zwiększa się względem tego gatunku, zmniejsza natomiast względem innych gatunków zwierząt.

Cząsteczka »jadu ulicznego«, tj. mózgu psa, który padł po naturalnem zakażeniu, wprowadzona pod twardą oponę mózgu królika, zabija go w przeciągu 3 tygodni. Przez ciągłe przeszczepianie z królika na królika, ulega jad obostrzeniu względem królików, króliki padają po coraz to krótszym czasie, wreszcie po 7-miu dniach od chwili zakażenia. Pasteur wykazał, że jad ten nie da się już bardziej obostrzyć dla królika, padają one stale po 7 miu dniach i dlatego też nazwał zmieniony w ten sposób jad wścieklizny, jadem stałym »virus fixe«. Jad ten okazał się nieszkodliwym dla innych gatunków zwierząt i tego jadu, osłabionego jeszcze przez suszenie, użył Pasteur do uodporniania zwierząt.

Na szczepienie ludzi nie mógł się jeszcze odważyć. Ułatwił mu to przypadek. Dnia 6 lipca 1885 roku przyprowadza matka do pracowni Pasteura swego dziewięcioletniego syna, nazwiskiem Józef Meister, pokąsanego dwa dni przedtem w okropny sposób przez wściekłego psa; miejscowy lekarz wypalił rany i polecił matce udać się z dzieckiem do Paryża. Duszę Pasteura szarpały najsprzeczniejsze uczucia, jednak widok ciężko cierpiącego i niewątpliwie straconego dziecka, przechylił go jednak do powzięcia postanowienia, że przecież należy coś zrobić. Lekarze Vulpian i Grancher, koledzy Pasteura, po zbadaniu dziecka doradzają dokonania szczepienia. Pasteur decyduje się i przeprowadza szczepienie ochronne w ten sam sposób, w jaki dzisiaj jeszcze stosuje się go do tego celu.

Dziecko zostało uratowane.

Dnia 21 października 1885 roku przedstawia Pasteur wyżej opisany przypadek Akademji Umiejętności.

Kiedy wieść o odkryciu Pasteura rozeszła się, spieszą z całej Europy pokąsani do Paryża, aby tu szukać ratunku. Ze wszystkich części świata zjeżdżają się lekarze z prośbą o zaznajomienie ich z tą metodą.

Akademja Umiejętności wyznacza komisję, która jednogłośnie postanawia założyć w Paryżu Instytut dla szczepień ochronnych. Postanowienie to doprowadziło do wzniesienia Instytutu Pasteur'a, który otwarty został uroczyście przez prezydenta Carnot'a w listopadzie 1888 roku.

Pomimo słabnących coraz bardziej sił nie ustaje Pasteur w intenzywnej pracy aż do ostatnich chwil.

Każdy problem, którego dotknęła genialna ręka Pasteura, rozwiązany został przez niego albo w zupełności, albo tak, że potomność nie wiele już dodać mogła.

W Pasteurze czcić będzie po wieczne czasy nauka — jednego z największych swych geniuszów, ludzkość cała — jednego z największych swych dobroczyńców!

Z. Steusing.

Prace oryginalne.

W. KOSKOWSKI i Z. STEUSING. Lwów.

O wpływie histaminy na wydzielanie soku żołądkowego u niektórych kręgowców.

(Z Zakładu higjeny i z Zakładu farmakologji dośw. Uniwersytetu J. K. we Lwowie).

Prace Popielskiego wykazały, że najczulszym odczynnikiem biologicznym na histaminę jest wydzielanie soku żołądkowego u psa po podskórnem jej wprowadzeniu. Wydzielanie to występuje po poprzedniem wprowadzeniu skopolaminy lub atropiny, które porażają zakończenia nerwów wydzielniczych autonomicznych, i po przecięciu nerwów błędnych w klatce piersiowej oraz następowem ich zwyrodnieniu; histamina działa więc na same komórki gruczołów żołądkowych.

Jako odczynnika biologicznego na histaminę używał przeto Popielski psów z przetoką żołądkową i dwunastnicową, psów z małym żołądkiem Heidenhaina i przeciętemi nerwami błędnemi, oraz psów z przetokami: przełykową, żołądkową i dwunastnicową i z przeciętemi nerwami błędnemi.

Pies z przetoką żołądkową jest odczynnikiem bardzo czułym, dającym przy tej samej ilości histaminy pięć razy więcej wydzielonego soku żołądkowego, aniżeli pies z małym żołądkiem Heidenhaina, jest jednak mniej pewny z powodu zachowania nerwów błędnych, umożliwiających »wydzielanie psychiczne«, oraz z powodu możliwości przedostawania się alkalicznej śliny do żołądka i zobojętniania wolnego kwasu solnego, zwłaszcza przy nieznacznem wydzielaniu. Pies z małym żołądkiem Heidenhaina i przeciętemi nerwami błędnemi jest odczynnikiem zupełnie pewnym, »wydzielanie psychiczne« i przedostawanie się czegokolwiek do żołądka jest tu wykluczone, jest jednak odczynnikiem około pięć razy mniej czułym, ponieważ przy zakładaniu go wycinamy około jedną piątą część wydzielniczej powierzchni żołądka. Pies z przetokami: przełykową, żołądkową i dwunastnicową i z przeciętemi nerwami błędnemi jest odczynnikiem idealnym, ponieważ wyklucza »wydzielanie psychiczne«; do żołądka bowiem po zamknięciu balonikami dolnej części przełyku i górnej części dwunastnicy nic się przedostać nie może, sok żołądkowy zaś zbieramy z całej powierzchni wydzielniczej.

Ujemną stroną tego biologicznego odczynnika na histaminę, podanego przez Popielskiego, jest to, że przygotowanie go wymaga dość trudnych zabiegów chirurgicznych, które muszą być wykonane w odpowiednich salach operacyjnych, przy zachowaniu zasad aseptyki, co przy operowaniu psów nie jest rzeczą łatwą, — że obustronne przecinanie nerwów błędnych należy do zabiegów bardzo ciężkich, po którem dadzą się psy utrzymać przy życiu tylko przez czas około trzech tygodni (wyjątkowo można utrzymać psy takie przy życiu dłużej, co wymaga jednak wielkiej troskliwości, specjalnego karmienia (peptonem) i codziennego dwukrotnego przepłukiwania żołądka); oraz wreszcie to, że nawet po udałych operacjach można psów takich używać do doświadczeń dopiero po pewnym czasie, potrzebnym do wrośnięcia założonych przetok i zwyrodnienia nerwów błędnych.

Histamina, jako produkt dekarboksylacji histydyny, wchodzącej w skład bardzo licznych białek roślinnych i zwierzęcych, jest ciałem w naturze szeroko rozpowszechnionem; jej znaczenie biologiczne, jej stosunek do rozmaitych procesów fizjologicznych i patologicznych wymaga jeszcze wyjaśnienia.

Dlatego wydało nam się rzeczą ważną usunąć wyżej wymienione trudności, uprościć metodę Popielskiego, wyszukać odczynnik prostszy i przystępniejszy, pozwalający na doraźne zbadanie danego płynu na zawartość histaminy. W tym celu postanowiliśmy przekonać się, jak zachowywać się będzie wydzielanie soku żołądkowego u całego szeregu różnych gatunków zwierząt, po podskórnem wprowadzeniu histaminy w »doświadczeniu ostrem« tj. bezpośrednio po założeniu przetoki.

Doświadczenia nasze rozpoczęliśmy od ssaków, zakładając psom, kotom, królikom i świnkom morskim przetoki żołądkowe i zapobiegając przedostawaniu się do żołądka alkalicznej treści z dwunastnicy, zamiast zamykania jej, według Popielskiego, balonikiem, wsuniętym przez przetokę dwunastnicową, przez proste jej podwiązanie. Operację zakładania przetoki w narkozie eterowej staraliśmy się wykonać jak najszybciej, bezpośrednio po niej przepłukiwaliśmy żołądek przez kaniulę ciepłym, fizjologicznym roztworem soli i wprowadzali wymienionym zwierzętom podskórnie histaminę, zbierając wydzielony sok żołądkowy do cylinderka z podziałką.

Postępując w ten sposób, otrzymaliśmy w licznych doświadczeniach, w każdym przypadku, wydzielanie soku żołądkowego, zawierającego wolny kwas solny i pepsynę, po podskórnem wprowadzeniu histaminy u psów, kotów, królików i świnek morskich.

Typ wydzielania różnił się w tych »doświadczeniach

ostrych« od sposobu wydzielania się soku żołądkowego po podskórnem wprowadzeniu histaminy psom, przygotowanym według Popielskiego — »wygojonym«. Początek wydzielania opóźniał się tylko nieznacznie, o 2—5 minut; natomiast podczas gdy u psów »wygojonych« ilości soku żołądkowego, wydzielonego w następujących po sobie jednostkach czasu, szybko narastają do pewnej wysokości i potem powoli, ale stale, opadają, — to w naszych »doświadczeniach ostrych« wydzielał się sok żołądkowy, w następujących po sobie jednostkach czasu, w ilościach stale znacznie mniejszych, utrzymując się przez bardzo długi czas na tej samej wysokości, opadając znacznie wolniej, aniżeli u psów »wygojonych«. Wybitne różnice wystąpiły też pod względem czułości metody: podczas gdy u psa »wygojonego« otrzymuje się po 0,0000067 gr histaminy na 1 kg wagi zwierzęcia wydzielanie około 20 ccm soku żołądkowego, to w doświadczeniu ostrem u kota otrzymaliśmy tę samą ilość soku żołądkowego po 0,002 gr histaminy na 1 kg wagi zwierzęcia.

Różnice te, które wypadły na niekorzyść «doświadczenia ostrego«, a które łatwo wytlumaczyć stanem zwierzęcia bezpośrednio po uśpieniu eterowem, wstrząsem zadanym zwierzęciu przez ciężki zabieg operacyjny, oziębieniem żołądka i zmianami w krążeniu i odżywianiu jego ścian wskutek operacji i podwiązania dwunastnicy, skłoniły nas do wykonania dalszych doświadczeń na innych mniej wrażliwych zwierzętach.

Dalszy szereg doświadczeń wykonaliśmy na gęsiach, kaczkach, kurach i gołębiach, przyczem, o ile nam wiadomo, jesteśmy wogóle pierwszymi, którzy zakładali przetoki żołądkowe u ptaków.

Technika naszego postępowania jest następująca:

Po przymocowaniu ptaka na stoliku operacyjnym, brzuszną stroną ku górze (na wznak), — uśpienie eterowe. Po usunięciu piór w okolicy dolnej części mostka, nacinamy skórę w linji środkowej ciała na długość 2.5 -3cm. Następnie dwoma głębokiemi cięciami, tuż przy grzebieniu mostka (*crista sterni*) aż do samego mostka, oddzielamy po obu stronach grzebienia grubą warstwę mięśni piersiowych i rozsuwamy je na tępo, odsłaniając w ten sposób obwodowy (distalny) koniec mostka wraz z grzebieniem. Ustaliwszy teraz pensetą grzebień mostka, wycinamy krzywemi nożyczkami, cięciami półkolistemi, z obu stron owalny otwór, dostając się w ten sposób do jamy brzusznej. Przy pomocy sondy wysuwamy teraz żołądek mięśniowy na zewnątrz, zachowując wszelkie ostrożności, azeby nie uszkodzić naczyń krwionośnych. Ustaliwszy żołądek, wypełniający teraz otwór wycięty w dolnej części mostka, postępujemy dalej analogicznie do techniki Pawłowa przy zakładaniu przetok żołądkowych u psów, obszywając wybrane miejsce cienkim jedwabiem w postaci szwu kapciuchowego. Po założeniu przetoki wybieramy wypukloną ścianę żołądka mięśniowego, ponieważ żołądek nie posiada w tej okolicy, po wewnętrznej stronie, twardej zrogowaciałej warstwy powierzchowej, muskulatura zaś jest w tem miejscu względnie cienka. Po założeniu wspomnianego wyżej szwu kapciuchowego, przecinamy teraz ścianę żołądka pomiędzy nitkami i zakładamy lekko zgiętą kaniulę szklaną, zaopatrzoną kołnierzykiem. Po założeniu i utwierdzeniu kaniuli w znany sposób w ścianie żołądka, wsuwamy żołądek napowrót do jamy brzusznej, zaszywając powłoki, względnie tylko skórę.

Następnie ustawiamy ptaka,zwracając go stroną brzuszną ku dołowi, przez odwrócenie stolika o 180° i ustawienie go na dwóch podporach, przepłukujemy żołądek ciepłym, fizjologicznym roztworem soli i podstawiamy pod kaniulę cylinder.

Po wstrzyknięciu histaminy zbieramy płyn, który jest wydzieliną gruczołów żołądka gruczołowego, leżącego pomiędzy przełykiem a żołądkiem mięśniowym.

Postępując w powyższy sposób wykonaliśmy szereg doświadczeń na gęsiach, kurach, kaczkach i gołębiach.

Przytaczamy, jako przykłady, następujące doświadczenia:

Doświadczenie z 20. X. 1921.

Gęś wagi 3225 gr. Uśpienie eterowe. Założenie przetoki. Żołądek przepłukano ciepłym NaCl fizj.

1 godz.	5'	—	jedna kropla, lakmus — kongo —					
1 »	10'	—	wprowadzono podskórnie 0·010 gr. histaminy					
1 »	15'	—	jedna kropla, lakmus — kongo —					
1 »	20'	—	jedna	»	»	+	»	++
1 »	25'	—	2·5 cm^3	soku	»	+	»	++ (gęś spi)
1 »	30'	—	8	»	»	+	»	++
1 »	35'	—	14	»	»	+	»	++
1 »	40'	—	19	»	»	+	»	++
1 »	45'	—	24	»	»	+	»	++
1 »	50'	—	28	»	»	+	»	++
1 »	55'	—	33		»	+		++
2 »		—	38	»	»	+		++
2 »	5'	—	41	»	»	+	»	++
2 godz.	10'	—	45 cm^3	soku	lakmus	+	kongo	++
2 »	15'	—	48	»	»	+	»	++
2 »	20'	—	51	»	»	+	»	++
2 »	25'	—	54	»	»	+	»	++
2 »	30'	—	56	»	»	+	»	++
2 »	35'	—	58	»	»	+	»	++
2 »	40'	—	60		»	+	»	++
2 »	45'	—	62			+	»	++
2 »	50'	—	65	»		+		++
2 »	55'	—	66·5	»	»	+		++
3 »		—	69	»	»	+	»	++
3 »	5'	—	71	»	»	+	»	++
3 »	10'	—	73	»	»	+	»	++
3 »	15'	—	75	»	»	+	»	++
3 »	20'	—	76	»	»	+	»	++

Gęś spi; oddech regularny. Doświadczenie przerwano. Po 2-godzinnej obserwacji zebrano 76 ccm soku żołądkowego;

o kwasocie ogólnej (fenolftaleina) 118.

HCl wolny (dimethylamidoazobenzol) 90.

HCl związany (alizarynosulfonian sod.) 7.

Sześcienna kostka białka kurzego o boku 0·5 cm strawiona po 6 godzinach w 5 ccm soku.

Doświadczenie 17. X. 1921.

Kura biała wagi 1350 gr. Uśpienie eterowe. Przetoka żołądkowa. Żołądek przemyto fizj. rozczynem soli, ogrzanym do ciepłoty ciała.

22 godz.	55'	—	kropla soku, lakmus sł. kw. kongo —					
23 »	10'	—	po 15' zebrano 2·8 ccm soku, lakm. sł. kw. kongo —					
23 »	17'	—	wprowadzono podskórnie 3 mgr histaminy w 3 ccm wody.					
23 »	25'	—	sok zaczyna spływać kroplami; łakmus +, kongo ++					
23 »	37'	—	wydzieliło się soku 9·5 ccm	lakmus		+	kongo	++
23 »	42'	—	» » 12·5	»	»	+	»	++
23 »	47'	—	» » 14·5	»	»	+	»	++
23 »	52'	—	» » 17	»	»	+	»	++
23 »	57'	—	» » 19·25	»	»	+	»	++
0 »	2'	—	» » 21	»	»	+	»	++
0 »	7'	—	» » 23	»	»	+	»	++
0 »	12'	—	» » 26·5	»	»	+	»	++
0 »	17'	—	» » 28·5	»	»	+	»	++
0 »	22'	—	» » 31	»	»	+	»	++
0 »	27'	—	» » 33	»	»	+	»	++
0 »	32'	—	» » 36	»	»	+	»	++
0 »	37'	—	» » 37	»	»	+	»	++
0 »	42'	—	» » 39	»	»	+	»	++
0 »	47'	—	» » 40·5	»	»	+	»	++
0 »	52'	—	» » 41·5	»	»	+	»	++
0 »	57'	—	» » 41.75	»	»	+	»	++
1 »	02'	—	» » 42·5	»	»	+	»	++

Doświadczenie zakończono. Przez 100 minut obserwacji zebrano 42·5 ccm soku żołądkowego:

o kwasocie ogólnej (na fenolftaleinę) 106.

HCl wolny (dimethylamid. azobenz.) 82.

HCl związany (alizarynosulf. sod.) 14.

Doświadczenie z 23. X. 1921.

Gołąb wagi 280 gr. Uśpienie eterowe. Przetoka żołądkowa. Żołądek przemyty.

10 godz. 30' wprowadzono podskórnie 0·0005 gr histaminy w 0·5 ccm wody

10 »	30'	jedna kropla soku; lakmus — kongo —					
10 »	35'	» » » » »					
10 »	39'	początek wydzielania		»	+	»	++
10 »	41'	wydzieliło się soku	0·5 ccm	lakmus	+	kongo	++
10 »	46'	» »	1·25	»	+	»	++
10 »	51'	» »	2	»	+	»	++
10 »	56'	» »	3	»	+	»	++
11 »	01'	» »	3·75	»	+	»	++
— »	06'	» »	4·5	»	+	»	++
— »	11'	» »	5·5	»	+	»	++
— »	16'	» »	6·5	»	+	»	++
— »	21'	» »	7	»	+	»	++
— »	26'	» »	8	»	+	»	++
— »	31'	» »	9	»	+	»	++
— »	36'	» »	9·5	»	+	»	++
— »	41'	» »	10	»	+	»	++
— »	46'	» »	10·5	»	+	»	++
— »	51'	» »	11	»	+	»	++
— »	56'	» »	11	»	+	»	++

Po 1½ godz. obserwacji zebrano 11 ccm soku żołądkowego:

o kwasocie ogólnej 108.

HCl wolny 94.

HCl związany 4·5.

Kostka białka kurzego o boku 0·5 cm strawiona po 10 godz. zupełnie.

Z powyższych doświadczeń okazuje się, że ptaki znoszą założenie przetoki żołądkowej bardzo dobrze. Komórki gruczołowe błony śluzowej ich żołądka oddziaływują bardzo dobrze na wprowadzoną podskórnie histaminę, bezpośrednio po założeniu przetoki żołądkowej. Jedną z przyczyn tego jest

napewno to, że operację wykonujemy na żołądku mięśniowym, nie uszkadzając zupełnie części wydzielniczej (żołądka gruczołowego). W ten sposób uzyskujemy w ptakach, szczególnie gołębiach, z założoną przetoką żołądkową czuły i pewny odczynnik na histaminę, który przygotować można w każdej chwili w przeciągu 10 do 15 minut.

»Wydzielania psychicznego« nie zauważyliśmy u gołębi ani razu, pomimo szczególnego zwracania uwagi w tym kierunku.

W szeregu następnych doświadczeń, wykonanych już tylko na gołębiach, określiliśmy minimalną dawkę histaminy, która po podskórnem lub śródmięśniowem wprowadzeniu powoduje jeszcze wyraźne wydzielanie soku żołądkowego; wynosi ona 0·0001 gr na 1 kilogram wagi ciała.

Atropina nie znosi wydzielania soku żołądkowego po następowem podskórnem wprowadzeniu histaminy.

Wydzielanie soku żołądkowego rozpoczyna się u gołębi po podskórnem lub śródmięśniowem wprowadzeniu histaminy (na podstawie kilkudziesięciu doświadczeń) regularnie po 2 minutach.

Typ wydzielania jest tu identyczny z opisanym powyżej typem wydzielania u psów »wygojonych«.

Przy sposobności tak licznych doświadczeń, wykonanych na gołębiach, zajęliśmy się też sporną dotychczas kwestją wydzielania soku trawiennego we wolu.

W tym celu zakładaliśmy u całego szeregu gołębi równocześnie przetokę wola i przetokę żołądkową, po poprzedniem zaszyciu połączenia pomiędzy wolem a żołądkiem gruczołowym, a po następnem wprowadzeniu histaminy zbieraliśmy wydzielinę z obydwu przetok osobno.

Dla przykładu przytaczamy następujące doświadczenie:

D o ś w i a d c z e n i e z dnia 25. X. 1924.

Gołąb wagi 340 gr. Uśpienie eterowe. Szerokie otwarcie wola. Wól napełniony grochem wilgotnym, wilgotne ściany oddziaływują na lakmus kwaśno, kongo ujemny. Otwór w wolu prowadzący do żołądka zaszyto i założono przetokę wola. Założenie przetoki żołądkowej. Przepłukano żołądek.

9 godz. 44' wprowadzono podskórnie 0·5 miligr. histaminy w 0·5 ccm wody.
9 godz. 49' wydzieliło się 0·25 ccm soku; lakm. sł. kw. kongo —
9 » 53' pierwsza kropla Lakm. kwaś. kongo +++
10 godz. wydzieliło się 1 ccm soku lakmus kwaś. kongo +++
10 » 5' » 2 » » » » » +++
10 » 10' » 3 » » » » » +++
10 » 15' » 3·5 » » » » » +++
10 » 20' » 4·25 » » » » » +++
10 » 25' » 4·75 » » » » » +++
10 » 30' » 5·25 » » » » » +++
10 » 35' » 5·5 » » » » » +++
10 » 40' » 5·65 » » » » » +++
10 » 50' » 5·75 » » » » » +++
11 » 04' » 6 » » » » » +++
wydzielanie ustaje;
11 godz. 04' wprowadzono podsk. 1 mgr histaminy w 1 ccm wody.
11 godz. 9' pierwsze krople soku, którego wydzielanie po poprzedniej injekcji już ustało.
11 godz. 15' wydzieliło się 7 ccm soku, lakmus kw. kongo +++
11 » 20' » 7·5 » » » » » +++
11 » 25' » 8·25 » » » » » +++
11 » 30' » 9 » » » » » +++
11 » 35' » 9·5 » » » » » +++
11 » 40' » 10·5 » » » » » +++
11 » 45' » 11 » » » » » +++
11 » 50' » 11·5 » » » » » +++
11 » 55' » 12 » » » » » +++
12 » — » 13 » » » » » +++
12 » 5' » 13·5 » » » » » +++
12 » 10' » 14 » » » » » +++
12 » 15' » 14·5 » » » » » +++
12 » 20' » 15 » » » » » +++
12 » 25' » 15·5 » » » » » +++
12 » 30' » 16·25 » » » » » +++
12 » 35' » 16·60 » » » » » +++
12 » 40' » 17 » » » » » +++
12 » 45' » 17·5 » » » » » +++
12 » 50' » 18 » » » » » +++
12 » 55' » 18·25 » » » » » +++
1 » » 18·5 » » » » » +++
1 » 5' » 18·75 » » » » » +++
1 » 10' » 19 » » » » » +++
1 » 15' » 19·5 » » » » » +++
1 » 20' » 19·5 + 2 krople » » » +++
1 » 25' » 19·75 » » » » » +++
1 » 25' wprowadzono podskórnie 2 mgr. histaminy
1 » 30' wydzieliło się 20 ccm soku; lakm. kw. kongo +++
1 » 35' » 20·25 » » » » » +++
1 » 40' » 20·50 » » » » » +++
1 » 41' wstrzyknięto 10 ccm ciepłego roztworu fizj. soli w m. pectoralis dexter.
1 » 45' wydzieliło się 20·75 ccm soku; lakm. kw; kongo +++
1 » 45' wstrzyknięto 10 ccm ciepłego roztworu fizj. soli w m. pectoralis sinister.
1 » 50' wydzieliło się 21·25 ccm soku; lakm. kw; kongo +++
1 » 55' » 21·5 » » » » » +++
2 » » 22 » » » » » +++
2 » 05' » 22·2 » » » » » +++
2 » 10' » 22·25 » » » » » +++
2 » 15' » 22·35 » » » » » +++
2 » 20' » 22·45 » » » » » +++
2 » 25' » 22·50 » » » » » +++
2 » 30' » 22·50 » » » » » +++

Wydzielanie ustało: doświadczenie zakończono.

Z przetoki żołądkowej otrzymano 22·50 ccm soku żołądkowego o kwasocie ogólnej 115; HCl wolny 95; HCl związany 10.

Z przetoki wola nie wydzieliło się nic. Po wprowadzeniu małej ilości wody wyciśnięto kilka propli mętnego płynu o oddziaływaniu słabo kwaśnem na lakmus, kongo ujemny.

W żadnem z doświadczeń wykonanych w ten sposób nie widzieliśmy wydzielania z wola.

Opisana powyżej metoda zakładania przetok żołądkowych u gołębi, posłużyła też do badań nad własnościami soku żołądkowego u ptaków karmionych polerowanym ryżem.

Obecnie zajmujemy się zakładaniem przetok stałych (chronicznych), celem wyzyskania jednego i tego samego zwierzęcia przez dłuższy okres czasu i przekonania się, czy po »wygojeniu» zwierze stanie się czulszem na działanie histaminy.

Piśmiennictwo:

P o p i e l s k i. O fizjologicznych własnościach *b*—i. Rozprawy Wydz. mat.-przyr. Akad. Umiej. w Krakowie, Tom LVI. Ser. B. str. 449—474; Tenże, *b*—i. i wyciągi z narządów. Tamże T. LVII. Ser. B. str. 249. Tenże. Pflügers Archiv T. 178 (1920) str. 214—259. Tenże, Histamina i wyciągi z narządów. Księga pamiątk. 25-letn. roczn. Wydz. lek. Lwów 1920. — K o s k o w s k i. *b*—i. i układ krwionośny. Rozpr. Akad. Umiej. w Krakowie, T. LVIII. Ser. B. — Z. S t e u s i n g, O stozunku *b*—imidazolyletylaminy do fizjologicznego działania krwi, wyciągów z narządów, preparatów peptonowych i niektórych środków spożywczych i używek. Archiwum Tow. Nauk. we Lwowie. Dział III. Tom II. zeszyt 4 — tam też obszerne piśmiennictwo tego działu.

Dr. WITOŁD TYCZKA. Lwów.

Przypadek ciężkiej niedokrwistości na tle kiłowem.

Z oddziału II. chorób wewnętrznych Szpitala Państwowego we Lwowie.

(Prymarjusz Dr. Witołd Ziembicki)[1].

Czynnik kiłowy występuje w etjologji ciężkiej niedokrwistości stosunkowo rzadko. Piśmiennictwo nie obfituje w wiadomości z tego działu. Jednym z pierwszych, który zaznajamia nas z ciężką niedokrwistością na tle kiłowem jest N a e g e l i. W znanem jego dziele o chorobach krwi znachodzimy wiadomość o chorym, leczonym ze znakomitym i długotrwałym wynikiem za pomocą rtęci (r. 1898/99). Podobne przypadki opisywali R o t h, L a b b é, S a b r a z è s, B l u m e n t h a l. W najnowszych czasach wspomina o trzech przypadkach J a d e k (*Ther. d. Gegenw.* Sierpień 1921).

Z naszych autorów mieli podobne spostrzeżenia: G l u z i ń s k i Antoni, S e l z e r Marcin, R e i c h e n s t e i n Marek. S e l z e r omówił swój przypadek ciężkiej niedokrwistości, której objawy ustąpiły pod wpływem leczenia przeciwkiłowego, na pos. Lwowskiego Tow. Lekarskiego dn. 27 lutego 1920 (Lwowski Tygodnik Lekarski 1920, nr. 5., str. 51). Tamże powołuje się on na spostrzeżenia G l u z i ń s k i e g o. R e i c h e n s t e i n miał przypadek, odznaczający się obrazem niedokrwistości białaczkowatej (leukanaemia) (Wiadomość, udzielona ustnie)[2].

Spostrzeżeniem naszem postanowiliśmy się z ogółem Kolegów podzielić w przekonaniu, że częstsze zwracanie

---

[1]) Przedstawiono na posiedzeniu Kółka Naukowego Lekarzy Szpitala Państwowego we Lwowie, dnia 24 sierpnia 1921.

[2]) W uzupełnieniu należy przytoczyć przypadek R e n c k i e g o, omówiony na pos. Lwow. Tow. Lekarskiego dnia 20 stycznia 1922 (Polska Gaz. Lek., 1922., nr. 10).

uwagi na ten przedmiot może być bodźcem do dalszych spostrzeżeń, a tem samem przyczynić się do pomyślnego wyświetlenia niejednego przypadku, opornego tak długo, dopóki nie zastosuje się leczenia przeciwkiłowego.

Historja choroby.

Kobieta (T. R.) lat 45., przyjęta została do szpitala 10. V. 1921 roku.

Wywiady: Ojciec miał umrzeć z powodu wady serca. Matka żyje, zdrowa. Z licznego (8) rodzeństwa 4 zmarło z przyczyn bliżej jej nieznanych, 4 żyje zdrowych. W dzieciństwie miała nie chorować. Regularność od 15 r. życia prawidłowa. Zamężna od 1901., mąż ma być zdrów, rodziła 9 razy, prawidłowo, nie roniła. Dzieci wszystkie żyją, zdrowe.

W jesieni 1920 zaczęły się pojawiać dolegliwości żołądkowe, jak gniecenie, bóle, niezależne od przyjmowania pokarmów, odbijania i wymioty, smaku gorzkiego. Stolec jużto zaparty, jużto wolny. Krwi ani w wymiocinach ani w stolcu nie zauważyła. Mocz oddawała prawidłowo. Równocześnie pojawiło się ogólne osłabienie, bóle i zawroty głowy, szum w uszach. Otoczenie zwróciło uwagę na wzmagającą się bladość skóry. Z wiosną b. r. miała przechodzić żółtaczkę.

Stan w chwili przyjęcia do szpitala w krótkości następujący: Wzrost mały, budowa wątła, odżywienie bardzo podupadłe, waga 34,5 kg, skóra bardzo blada o odcieniu lekko żółtawym. Błony śluzowe bardzo blade. Źrenice okrągłe, równe, na światło i akomodację dobrze oddziaływujące. W zakresie nerwów mózgowych zmian nie ma. Na szyji i w pachach drobne gruczoły. Serce wypukiem prawidłowe, nad końcem podmuch, zresztą głuche tony. Nad mostkiem odgłos zbliżoby do tarcia. Brzuch płaski, powłoki wiotkie. Wątroba 2 palce niżej łuku, lekko bolesna. Wszelkie odruchy prawidłowe. Obrzęków brak. Mocz: białka 0,8 pro mille, wałeczki szkliste i ziarniste, liczne ciałka wypocinowe.

Badanie treści żołądkowej tak naczczo, jak po próbnem śniadaniu, wykazało zupełny brak kwasu.

Badanie kału: na ślady krwi dało wynik ujemny, poszukiwanie pasorzytów wykazało jedynie jajka glistnicy (ascaris).

Badanie ginekologiczne wykazało jedynie tyłozgięcie macicy.

Badanie urologiczne: ruchomą nerkę prawą.

Kiszka stolcowa bez zmian.

Krew: Hb (Sahli) 27. C. czerw.: 1, 030.000. Wskaźnik: 1, 3 C. biał. 4.600. Ich stosunek odsetkowy: wielojądrz. obojętnochłonnych 53%, limfoc. mał. i duż. 40,5%, jednoj. duż. 2%, eozyn. 4,5%. Wśród czerwonych znaczna poikilocytoza, anizocytoza, małe i duże twory, stosunkowo bardzo nieliczne jądrzaste, tu i ówdzie megaloblast lub normoblast, tu i ówdzie kropkowanie zasadochłonne.

Dla uzupełnienia należy dodać, że prześwietlenie, przeprowadzone mimo wielkiego osłabienia chorej, nie dało ani co do klatki piersiowej ani co do przewodu pokarmowego żadnego godnego uwagi wyniku, a wreszcie odczyn skórny Pirqueta, z uwagi zwłaszcza na prace A. Gluzińskiego i jego uczniów o stosunku ukrytej gruźlicy przewodu pokarmowego do ciężkiej niedokrwistości, wypadł ujemnie.

Rozpatrując cały obraz, nie dający wytłumaczenia ciężkiej niedokrwistości, zwrócono podejrzenie w kierunku kiły, tem-więcej, że powiększenie wątroby, z przebytą żółtaczką podejrzenie to zdawało się popierać. Odczyn Wassermanna (21. V.) wypadł w istocie dodatnio (+++++).

Przystąpiono do leczenia przeciwkiłowego.

Dn. 23. V. zastosowano I. zastrzyknięcie Hg Salic. w ilości 0,1 (śródmięśniowo). Stan chorej zaczął się jednak pogarszać, osłabienie wzmogło się tak, że nie mogła ani usiąść, ani o własnych siłach obrócić się w łóżku. Wystąpiły silne bóle głowy, zawroty, szum w uszach, nadto krwotoki z nosa, pojawiło się podwyższenie ciepłoty (aż do 37,8). To było powodem, że przerwawszy narazie leczenie przeciwkiłowe, zastosowano arszenik, dla podniesienia stanu ogólnego.

Badanie krwi dn. 28. V. wykazało:

Hb 23, wskaźnik 1,4, C. czerw. 800.000, C. b. 6.400. Obraz histologiczny jak poprzednio.

Po 15 dawkach podskórnych arszeniku stan chorej cokolwiek się poprawił. Powrócono więc do rtęci. Po 3 dawkach, Hg Sal po 0,1 stan znowu trochę się polepszył, jakkolwiek trzecie badanie krwi (27. VI.) wykazało obraz jakz dn. 28. V.

Dn. 28. VI. otrzymała pierwszą dawkę Neosalwarsanu (0,3).

Już po tej pierwszej dawce dała się zauważyć tak podmiotowa, jak przedmiotowa poprawa, która zaakcentowała się jeszcze wyraźniej po dawce drugiej (8. VII., również 0,3).

Przedewszystkiem opadła ciepłota. Chora czuje się silniejszą, zaczyna się podnosić, a nawet wstawać, jest weselszą, apetyt się poprawia, wydaje się mniej bladą, z moczu ustępuje białko.

Badanie krwi w dn. 12. VII. wykazuje:

Hb 38. Wskaźnik 1,7, C. cz. 1.120.000, C. b. 3,900. Stosunek odsetkowy: Wielojądrz. obojętn. 59%, limf. m. i duż. 28%, jednoj. d. 5%, przejść. 2%, eoz. 6%. Czerwonych ciałek jądrzastych nie wykazuje się, jedynie poikilocytozę i anizocytozę.

Dn. 19. VII. trzecia dawka Neosalwarsanu (0,3).

Chora czuje się z dnia na dzień coraz lepiej, apetyt rośnie, waga ciała poprawia się (dn. 25. VII.: 37.5 kg.) Wątroba sięga do łuku.

Krew 25. VII.:

Hb. 45. Wskaźnik 0.9., C. czerw. 2.510.000. Jądrzastych brak poikilocytoza i anizokitoza mniej zaznaczona.

Dn. 2. VIII. czwarta dawka Neosalwarsanu (0.3).

Dn. 8. VIII. waga ciała 40 kg. Podmiotowy stan bardzo zadowalniający, chora zaczyna chodzić o własnych siłach.

Krew: Hb. 53. Wskaźnik 1. C. cz. 2,760.000, C. b. 6,200. Stosunek odsetkowy: wielojądrz. obojętnochł.: 61%, limfoc. m. i d. 25%, jednoj. d. 4%, przejść. 4%, eoz. 6%. Ciałka czerwone przedstawiają się prawidłowo.

Dn. 23. VIII. badanie krwi wykazuje dalszą poprawę:

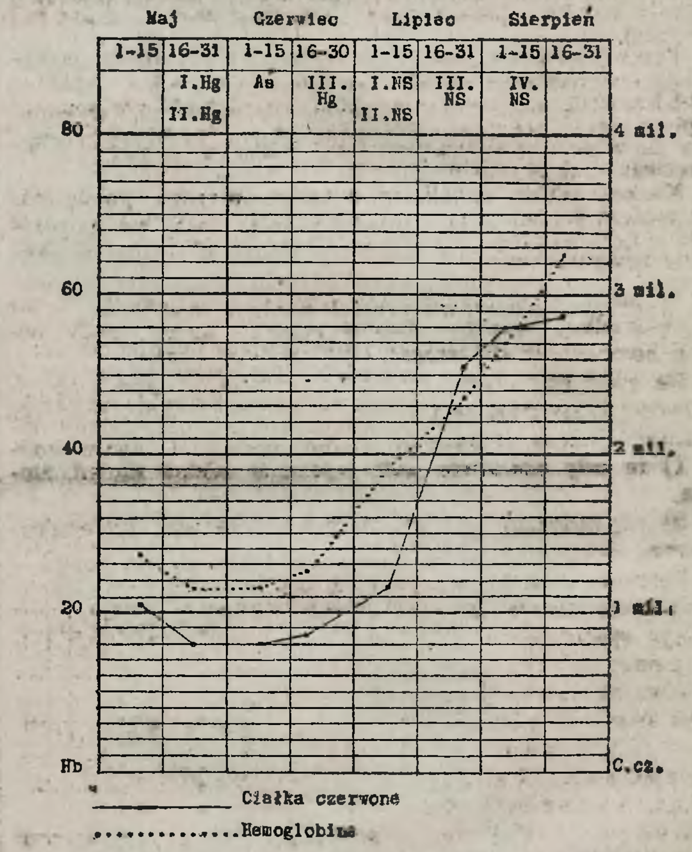
Hb. 65. Wskaźnik 1,1 C. cz. 2,830,000 C. b. 7,800.

Stosunek odsetkowy: wielojądrz. oboj. 55.2%, limf. mał. 25,6% limf. duż. 10.4%, jednoj. duż. 3.2%, przejść. 1.6%, eoz. 4%. Obraz ciałek czerw. prawidłowy.

Wassermann ujemny.

Chora czuje się zupełnie dobrze, policzki ma zaróżowione, nie skarży się na żadne dolegliwości. Nad końcem serca utrzymuje się nieznaczny podmuch. Mocz prawidłowy.

Na tem przerwaną została historja choroby, gdyż chora, w zupełności zadowolona, nie zgodziła się na dalsze pozostanie w szpitalu i ze względu na obowiązki domowe opuściła go.



Zachowanie się krwi pod wpływem leczenia.
(Hg = Hydr. Sal., As = arsen, NS = Neo-Salwarsan).

Jak określić postać niedokrwistości w tym przypadku? Jest ona niewątpliwie najbardziej zbliżoną do t. zw. niedokrwistości aplastycznej. Podobnemi cechami odznacza się także przypadek Selzera. Wysnuwać z tego wnioski byłoby przedwczesne, temwięcej, gdy n. p. spostrzeżenie Reichensteina zupełnie w tym względzie się różni. Być więc może, że i w narządzie krwiotwórczym, kiła, podobnie jak w innych narządach, może wywołać rozmaite zaburzenia i zmiany, zależne od nieznanych bliżej czynników usposabiających. I raz będzie to obraz, przypominający blednicę, o czem już mówił Virchow, innym razem ta lub owa postać niedokrwistości, z większą lub mniejszą skłonnością do rozpadu lub odnowy, względnie niedomogą szpikową, a kiedyindziej wreszcie zobaczymy objawy, zbliżone do białaczki.

XX. Z kazuistyki Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Dr. Aleksander CZARNOCKI, asyst. Zakładu. Warszawa.

Pierwotny gruczolako-rak gruczołu potowego.

Badanie mikroskopowe guzka skóry, wielkości grochu, o powierzchni nierównej, rozpoznanego klinicznie jako bro-

dawczak, wykazało iż jest to gruczolak złośliwy, wychodzący z gruczołów potowych.

Przypadek ten podaję, jako rzecz niezmiernie rzadką.

Podścielisko u nasady guzka jest utworzone z tkanki łącznej dość zbitej, w której widoczne są gruczoły łojowe i potowe niezmienione.

Dalej na obwodzie guzka dają się już zauważyć takie gruczoły potowe, w których nabłonek zaczyna bujać, a jądra wykazują nadmierną barwliwość (*hyperchromatosis*). Obok tych obrazów widzimy gdzieniegdzie i różnorodność komórek co do kształtu i wielkości.

Jeszcze dalej obraz zmienia się wyraźniej i nie możemy już zauważyć typowych gruczołów potowych, lecz lite pasma i ogniska nabłonkowe, składające się z bardzo nieprawidłowych komórek, z małą ilością zarodzi, z dużem, silnie barwiącem się jądrem. W bujaniu tem biorą udział i komórki przewodów gruczołowych, co prowadzi do zupełnego zamknięcia światła tych przewodów.

Poniżej miejsca zamknięcia widzimy jeszcze nieraz zachowanie światła, sam zaś przewód rozszerza się tak znacznie, iż daje twory torbielowate, wyścielone nabłonkiem jedno lub dwuwarstwowym.

W świetle tych tworów torbielowatych daje się zauważyć zawartość kroplista, barwiąca się hematoksyliną na słabo fiołkowo (pot).

Prócz tego w odcinkach bujających nowotworowo gruczołów dają się zauważyć i jamki innego pochodzenia — widać tu rozpad komórek, ich martwicę, ściana jamek jest nierówna, postrzępiona, treść zaś wewnętrzna barwi się słabo eozyną i przedstawia się w postaci drobnoziarnistej. Miejscami można tu nawet zauważyć złogi wapna.

Naokoło takich ognisk widzimy w tkance łącznej dość obfite nacieki drobno okrągło komórkowe, które świadczą o dość dobrze zorganizowanej obronie ze strony organizmu przeciw sprawie nowotworowej.

W całym więc obrazie mikroskopowym można wykazać, jak rzadko, wszelkie stopnie przejścia od gruczołów potowych normalnych do zmienionych nowotworowo.

Na podstawie tych obrazów możemy tu bez żadnych wątpliwości rozpoznać gruczolakorak gruczołu potowego, nie wykazujący jednak znacznego stopnia złośliwości wobec tego:

1) że cały nowotwór dość wyraźnie odcina się od otoczenia,

2) odgraniczają go od otoczenia i nacieki drobnokomórkowe.

Pierwsza wzmianka o raku gruczołów potowych zjawia się w piśmiennictwie w 1845 roku: Lebert i Fuehrer ogłaszają spostrzegane przez siebie przypadki, zakwestjonowane jednak później przez Gebera. Pierwsze wiarogodne przypadki opisane były przez Thierscha i Waldeyera w 1865 roku. W późniejszych czasach opisują takie przypadki Cornil, Ranvier, Morizani, Darier, Knauss, Wierzbowski, Petersen, Unna, Fordyce, Camponini, Antonelli, Deichstetter.

Lusena, który sam spostrzegał kilka przypadków i dokonał zestawienia już poprzednio opisanych, dzieli nowotwory gruczołów potowych na dwa rodzaje:

1. Pojedyncze gruczolakoraki niezbyt złośliwe, zwykle nie dające przerzutów.

2. Raki, występujące w postaci mnogich guzków, mające dążność do zlewania się w jeden pancerz, naciekające tkanki otaczające, dające przerzuty do gruczołów chłonnych.

Mój przypadek należałby do pierwszego rodzaju. Wolfheim jednak uważa raki te za tak dalece rzadkie, że każdy przypadek przedstawia cechy swoiste i winien być rozpatrywany z osobna, bez zamykania go w ramki jakiejkolwiek klasyfikacji.

Przypadek taki, jak mój, zasługuje na specjalną uwagę i z tego względu, że rozstrzyga on poniekąd spór o tak zwane raki Krompecherowskie. Wedle zdania Krompechera i jego zwolenników raki takie rozwijają się i powstają tylko z nabłonków podstawnych naskórka, wedle innych mogą się rozwijać i z gruczołów łojowych, i potowych, choć te ostatnie należą do wielkich rzadkości. Niektórzy nawet wątpią o istnieniu takich raków. Zdaje się, iż mój przypadek wyjaśnia te wątpliwości, które mogą jednak być rozstrzygnięte tylko na podstawie drobiazgowych badań mikroskopowych, gdyż wszelkie rodzaje, tak zwanych raków Krompecherowskich, makroskopowo zwykle przedstawiają się pod postacią wolno rozwijających się i niezbyt złośliwych, a często pełzających po powierzchni skóry nowotworów, czyli t. zw. *ulcus rodens*.

Przypadek podobny, lecz wyraźnie wychodzący z komórek podstawnych, opisała w N. 24 Polskiej Gazety Lekarskiej koleżanka Siedlecka.

XXI. Z kazuistyki Zakładu Anatomji patologicznej Uniw. Warsz.

Dr. Janina DĄBROWSKA, asyst. Zakł. Warszawa.

Przyczynek do śmierci po operacji wrzodu okrągłego żołądka w związku z niedomogą wątroby i nerek.

Na sekcji kobiety 72-letniej, zmarłej w kilka dni po zespoleniu żołądkowo-jelitowem, na skutek wrzodu okrągłego żołądka umiejscowionego koło odźwiernika, pomimo, że operacja udała się zupełnie dobrze, stwierdziłam już makroskopowo, a potem i mikroskopowo, zaczynająca się marskość zanikową wątroby oraz marskość nerek. Zmian w innych narządach, w szczególności w sercu, z wyjątkiem miażdżycy tętnic niezbyt silnego stopnia, nie udało mi się wykazać.

Śmierć zatem danego osobnika należy uzależnić od tych właśnie zmian w wątrobie i nerkach. Chloroform, zawsze działający w mniejszym lub większym stopniu szkodliwie na wątrobę, okazał się w danym przypadku zabójczym, wskutek niedomogi tego narządu.

O takich przypadkach pisali już w 1920 roku Le Noir, Richet i Jacquelin. Badacze ci spostrzegali w 5 przypadkach wrzodu okrągłego żołądka zmiany bądź w wątrobie, bądź w nerkach, bądź w obydwóch tych narządach.

Zmiany w wątrobie polegały na rozroście tkanki łącznej naokoło rozgałęzień żyły wrotnej i żyły środkowej zrazików, na stłuszczeniu i zaniku komórek wątrobowych. Również i w nerkach stwierdzali oni rozrost tkanki łącznej i zniszczenie komórek nabłonkowych.

W związku z temi spostrzeżeniami badali oni klinicznie przy wrzodzie okrągłym żołądka wydolność wątroby i nerek i stwierdzali nieraz ich niedomogę.

Wyrazem niedomogi nerek było zwiększanie się mocznika we krwi do 0,6—1,0—2,0, w jednym zaś przypadku znaleźli nawet zatrzymywanie się chlorków.

Na niedomogę wątroby składało się;

1) opóźnianie do 18—28 minut krzepnięcia krwi (przy normie 9—12 minut), 2) hemoklazja trawienna, 3) cukromocz i cukier we krwi po podawaniu 100,0 glukozy. 4) urobilinurja. Nie wszystkie te objawy występowały jednocześnie i w jednakowem nasileniu, najczęściej spostrzegano hemoklazję trawienną.

Badając w dalszym ciągu przypadki, autorzy ci starali się wyjaśnić zależność niedomogi wątroby od wrzodu okrągłego żołądka, wyłączając inne czynniki, które by mogły wywołać takież zmiany w danych narządach. Stwierdzili oni, iż pierwotną sprawą są zmiany w żołądku, co pociąga za sobą występowanie zmian wtórnych w wątrobie i nerkach.

To zdanie swoje opierają oni na występowaniu niedomogi w zależności od:

1) czasu trwania wrzodów okrągłych żołądka ponad 10 lat,

2) od umiejscowienia ich na małej krzywiźnie i w okolicy odźwiernika,

3) od głębokości drążenia wrzodu w głąb (najczęściej we wrzodach dziurawiących),

4) od starszego wieku osobnika.

Zastanawiając się nad innemi objawami klinicznemi, występującemi we wrzodach okrągłych żołądka, Le Noir, Richet i Jacquelin uważają, że niektóre z nich są w związku z niedomogą wątroby; a mianowicie:

1) Krwawienie — wskutek zmniejszonej krzepliwości krwi, 2) chudnięcie, 3) wstrząs operacyjny — działanie chloroformu na wątrobę, 4) żółtaczka pooperacyjna, 5) śpiączka.

Inne objawy, jak wymioty wskutek azotemji, są w związku z niedomogą nerek.

W przypadku moim znalazłam wykładnik anatomo-patologiczny niedomogi wątroby i nerek pod postacią ich marskości.

Nie mogę naturalnie twierdzić bezwzględnie, iż mar-

czej ujemny. Meningokoków przybyło tak w stosunku do ciałek, jak i bezwzględnie w 1 mm^3 płynu, były one dobrze utrzymane i obficie wyrastały w hodowli, a tylko okazywały bardzo silną aglutynację.

Od dnia 17. począwszy wstrzykiwano codziennie przez nakłucie skroniowe 11 cm^3 surowicy naprzemian do komory lewej i prawej. Z uwagi na szerokość komór można się było mianowicie ograniczyć do wstrzykiwań jednostronnych; surowica dostawała się też rzeczywiście, jak wynika z oznaczeń, zupełnie dobrze do komory po stronie przeciwnej.

Wpływ tego leczenia uwydatnia się odrazu bardzo silnie. W 24 godziny po 1. wstrzyknięciu ilość meningokoków spada do 1|1000, w 48 godzin do 1/10000, w 72 godziny do 1|100,000 ilości początkowej; zwiększa się znacznie ilość ziarenkowców nadtrawionych i pochłoniętych przez ciałka białe wielojądrzaste, cofa się wyraźnie ropienie. Jednak nietylko że poprawa zatrzymuje się na tym poziomie, ale jeszcze w dniu 21. zaznacza się, mimo dalszego stosowania surowicy, wyraźne pogorszenie: przybywa nieco meningokoków ilościowo, co ważniejsza, są one znów w znacznej ilości (36 i 60%) dobrze utrzymane, więcej ich widać zewnątrz ciałek (32 i 8%), albo w komórkach nabłonkowych (39 i 37%), przez co uwydatnia się wyraźnie właściwe usadowienie sprawy zakaźnej; wreszcie podnosi się ropienie.

Mimo więc znajdowania się surowicy w komorach w nadmiarze (w 2 ostatnich dniach zawartość wynosiła od 10—25%), mimo wybitnego jej działania na szczep zakażający, nie tylko in vitro, ale także in vivo, osiągnięto tutaj tylko połowiczny skutek leczniczy. Należy to tłómaczyć chyba bezsprzecznie brakiem dostatecznego współdziałania ze strony ustroju, nieodzownego widocznie nawet przy najenergiczniejszem działaniu surowicy. Jeżeli chodzi o stwierdzenie, jakiego czynnika tutaj brakowało, to należy podnieść, że nie mogło chodzić o brak uodpornienia ogólnego, wbrew oczekiwaniom było ono bowiem dość znaczne (wartość surowicy chorego wynosiła 63), nie chodziło o brak miejscowy fagocytów zwykłych, ani ciałek eozynochłonnych i zasadochłonnych, wykazano je bowiem w dostatecznej ilości. Nie mogło chodzić o brak dopełniacza, gdyż w takim razie surowica nie byłaby oddziałała wogóle wcale na zakażenie. Pozostawałoby więc jeszcze przypuszczenie, że chodziło o brak energji życiowej w tych komórkach, w których toczy się właściwa sprawa zakaźna, tj. w komórkach nabłonkowych, brak tego rodzaju, że mimo obecności surowicy swoistej, nie mogły się one uporać z zakażającemi je meningokokami. Popiera to przypuszczenie zjawienie się w dniu 21 w obu komorach dużej ilości meningokoków, przeważnie dobrze utrzymanych, a usadowionych w komórkach nabłonkowych.

Współdziałanie ustroju, konieczne dla działania leczniczego, tylko wyjątkowo niedopisuje. Ze zjawiskiem tem spotykamy się szczególnie często u niemowląt, zwłaszcza karmionych sztucznie lub wcześnie dokarmianych. Podobny jednak, chociaż nie tak daleko idący, brak współdziałania należy także przyjąć w przypadku 146*, jako wynik krańcowego wycieńczenia organizmu, wywołanego długą chorobą.

Właśnie dlatego jednak, że w obu tych przypadkach środki walki samego ustroju z zakażeniem były, jak się okazało, znikomo małe, a mimo to udało się zapomocą surowicy osięgnąć uderzające, chociaż tylko częściowe wyniki, to przypadki te stanowią o wiele lepszy dowód skuteczności surowicy, aniżeli wiele innych, w których się uzyskuje pełne wyleczenia.

W przypadku 147* zasługuje na omówienie dokładniejsze jeszcze jedno zjawisko, mianowicie obrzęk mózgowia, a to dlatego, że w związku z wiotkością tego narządu osiągnął on tutaj, szczególniej pod koniec życia, niebywale wysoki stopień i doprowadził do całego szeregu zjawisk następowych.

Należy tu wymienić przedewszystkiem wczesne rozwinięcie się znacznego wodogłowia (w 16. dniu choroby światło komór wynosi już 24,5 mm.). Wodogłowie to było niewątpliwie wynikiem bardzo wczesnego zamknięcia się rowków na powierzchni mózgu (tłumaczenie patrz przypadek 97*), a to znów spowodowało, że zmiany ropne szybko się tutaj cofnęły (patrz sekcja). Ponieważ rowki były zamknięte, więc płyn z komór mógł w zakresie czaszki wylewać się tylko do zbiorników u podstawy mózgowia, a zresztą odpływał do przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia. Ten odpływ był początkowo tylko miernie utrudniony. Dnia 19. wynosi ciśnienie końcowe przy nakłuciu lędźwiowem 6, ciśnienie w komorze 12, zatem różnica ciśnień 6 mm. Hg. Dnia 20. różnica już jest większa — 9+18 równa się 9. Z dniem 21. zostaje połączenie nagle zupełnie przerwane, wtedy więc musiało nastąpić wklinowanie mózgowia do otworu potylicznego wielkiego (patrz sekcja). Stwierdzamy mianowicie tego dnia następujące stosunki: ciśnienie początkowe po nakłuciu lędźwiowem 40 mm. Hg.; spada ono po wypuszczeniu 16 cm^3 płynu do zera, a dalszy odpływ staje się zupełnie niemożebny. Bezpośrednio potem w komorze lewej ciśnienie 44 mm. Hg., spada znowu do zera po upuszczeniu 16 cm^3 płynu i dalszego wypływu uzyskać się nie udaje tak, że niemożebnem się staje oznaczenie położenia pierwotnego drugiej ściany komory, a podobnie i wstrzyknięcie surowicy. Widocznie ściany komory zupełnie się zapadły i zetknęły ze sobą, co możliwe było oczywiście tylko przy krańcowem zwiotczeniu tkanki mózgowia. Dalszem następstwem tego zamknięcia się komory lewej było przerwanie się połączenia z komorą prawą, bo tylko w ten sposób można zrozumieć, że bezpośrednio po skończeniu zabiegu po stronie lewej, stwierdzono w komorze prawej 29 mm. Hg. i otrzymano z niej 20 cm^3 płynu, a wtedy i tutaj także ciśnienie spadło do zera. Światło komory prawej oznaczono zawczasu na 5,5 mm. Hg., wynosiło ono zaś poprzedniego dnia 26 mm. To zwężenie komory, które tu tak szybko powstało, należy odnieść do rozwijania się znacznego obrzęku zapalnego mózgowia. Dziwne jest, że obrzęk wzrastał, mimo to, że przecież zakażenie było znacznie przytłumione skutkiem działania surowicy.

Wklinowanie mózgowia w połączeniu z poprzednio już istniejącem zamknięciem rowków jest powodem, że płyn komorowy niema gdzie odpływać, chyba do zbiorników na podstawie. Tem się też tłumaczy, że zawartość surowicy obniża się tylko powoli. Znajdujemy jej dnia 21. po stronie prawej, gdzie w przeddzień wykonano wstrzyknięcie, 25%, po stronie lewej 15%.

Był jeszcze jeden objaw obrzęku mózgowia, mianowicie wypuklenie ciemiączka, w dniu 21. znacznie większe, niż dni poprzednich. Wypuklenie to nie zmniejszyło się wcale po upuszczeniu płynu z komór (razem 36 cm^3) i doprowadzeniu w każdej z nich ciśnienia do zera, nie zależało więc na pewne od wodogłowia. Przypominam, że podobne tłumaczenie wypuklenia ciemiączka musiałem już przyjąć w przypadku 97*. Do obrzęku mózgowia należało także odnieść objawy kliniczne końcowe i samo zejście śmiertelne. Sekcja potwierdziła w całej pełni rozpoznanie obrzęku mózgowia i zwiotczenia jego tkanki.

Widzimy jasno na tym przykładzie, do jakich następstw prowadzić może wiotkość tkanki, tj. ten czynnik, na którego znaczenie ogólne dla całego organizmu dziecka zwracał uwagę Czerny z takim naciskiem, a tak bardzo słusznie, a którego ważność w szczególności w odniesieniu do tkanki mózgowia przy zapaleniu opon mózgowych podkreśliłem już dostatecznie w V. doniesieniu.

Przypadki.

Przypadek 143*. Dziewczyna 11-to letnia, o średniej budowie i odżywieniu, przyjęta w 5. dniu choroby. Stan względnie ciężki. Wyraźne przymglenie przytomności, bredzenia, niepokój, zrywania się, znaczna przeczulica ogólna, zez zbieżny. Czynny opór przy badaniu, uniemożliwiający dokładniejsze oznaczenie przykurczenia karku i objawu Kerniga. Obfite zakażenie i znaczne ropienie. Obrzęk mózgowia, zdradzający się początkowo utrudnieniem w przepływie płynu między komorami a kanałem kręgowym, czego wyrazem była różnica w ciśnieniach i wysoki wskaźnik białkowy w dniach 8 i 15, co jednak wyrównało się następnie w dniu 22.

Leczenie napotne, zastosowane od dnia 11, zdawało się oddziaływać na ten obraz korzystnie. Od dnia 12, a zwłaszcza w dniach 14 i 15 chora spokojniejsza i swobodniejsza, chętnie odpowiada na pytania, można ją nawet nakłonić do lekkiego śmiechu. Surowica chorej daje dnia 13 odczyn odchylenia w rozcieńczeniu 1:63, podczas gdy dnia 9 odczyn ten był ujemny. Jednak poprawa ta jest tylko pozorna. Równocześnie bowiem pojawia się od dnia 14. odruchowe drżenie kończyn, którego

czej ujemny. Meningokoków przybyło tak w stosunku do ciałek, jak i bezwzględnie w 1 mm^3 płynu, były one dobrze utrzymane i obficie wyrastały w hodowli, a tylko okazywały bardzo silną aglutynację.

Od dnia 17. począwszy wstrzykiwano codziennie przez nakłucie skroniowe 11 cm^3 surowicy naprzemian do komory lewej i prawej. Z uwagi na szerokość komór można się było mianowicie ograniczyć do wstrzykiwań jednostronnych; surowica dostawała się też rzeczywiście, jak wynika z oznaczeń, zupełnie dobrze do komory po stronie przeciwnej.

Wpływ tego leczenia uwydatnia się odrazu bardzo silnie. W 24 godziny po 1. wstrzyknięciu ilość meningokoków spada do 1|1000, w 48 godzin do 1/10000, w 72 godziny do 1|100,000 ilości początkowej; zwiększa się znacznie ilość ziarenkowców nadtrawionych i pochłoniętych przez ciałka białe wielojądrzaste, cofa się wyraźnie ropienie. Jednak nietylko że poprawa zatrzymuje się na tym poziomie, ale jeszcze w dniu 21. zaznacza się, mimo dalszego stosowania surowicy, wyraźne pogorszenie: przybywa nieco meningokoków ilościowo, co ważniejsza, są one znów w znacznej ilości (36 i 60%) dobrze utrzymane, więcej ich widać zewnątrz ciałek (32 i 8%), albo w komórkach nabłonkowych (39 i 37%), przez co uwydatnia się wyraźnie właściwe usadowienie sprawy zakaźnej; wreszcie podnosi się ropienie.

Mimo więc znajdowania się surowicy w komorach w nadmiarze (w 2 ostatnich dniach zawartość wynosiła od 10—25%), mimo wybitnego jej działania na szczep zakażający, nie tylko in vitro, ale także in vivo, osiągnięto tutaj tylko połowiczny skutek leczniczy. Należy to tłómaczyć chyba bezsprzecznie brakiem dostatecznego współdziałania ze strony ustroju, nieodzownego widocznie nawet przy najenergiczniejszem działaniu surowicy. Jeżeli chodzi o stwierdzenie, jakiego czynnika tutaj brakowało, to należy podnieść, że nie mogło chodzić o brak uodpornienia ogólnego, wbrew oczekiwaniom było ono bowiem dość znaczne (wartość surowicy chorego wynosiła 63), nie chodziło o brak miejscowy fagocytów zwykłych, ani ciałek eozynochłonnych i zasadochłonnych, wykazano je bowiem w dostatecznej ilości. Nie mogło chodzić o brak dopełniacza, gdyż w takim razie surowica nie byłaby oddziałała wogóle wcale na zakażenie. Pozostawałoby więc jeszcze przypuszczenie, że chodziło o brak energji życiowej w tych komórkach, w których toczy się właściwa sprawa zakaźna, tj. w komórkach nabłonkowych, brak tego rodzaju, że mimo obecności surowicy swoistej, nie mogły się one uporać z zakażającemi je meningokokami. Popiera to przypuszczenie zjawienie się w dniu 21 w obu komorach dużej ilości meningokoków, przeważnie dobrze utrzymanych, a usadowionych w komórkach nabłonkowych.

Współdziałanie ustroju, konieczne dla działania leczniczego, tylko wyjątkowo niedopisuje. Ze zjawiskiem tem spotykamy się szczególnie często u niemowląt, zwłaszcza karmionych sztucznie lub wcześnie dokarmianych. Podobny jednak, chociaż nie tak daleko idący, brak współdziałania należy także przyjąć w przypadku 146*, jako wynik krańcowego wycieńczenia organizmu, wywołanego długą chorobą.

Właśnie dlatego jednak, że w obu tych przypadkach środki walki samego ustroju z zakażeniem były, jak się okazało, znikomo małe, a mimo to udało się zapomocą surowicy osiągnąć uderzające, chociaż tylko częściowe wyniki, to przypadki te stanowią o wiele lepszy dowód skuteczności surowicy, aniżeli wiele innych, w których się uzyskuje pełne wyleczenia.

W przypadku 147* zasługuje na omówienie dokładniejsze jeszcze jedno zjawisko, mianowicie obrzęk mózgowia, a to dlatego, że w związku z wiotkością tego narządu osiągnął on tutaj, szczególniej pod koniec życia, niebywale wysoki stopień i doprowadził do całego szeregu zjawisk następowych.

Należy tu wymienić przedewszystkiem wczesne rozwinięcie się znacznego wodogłowia (w 16. dniu choroby światło komór wynosi już 24,5 mm.). Wodogłowie to było niewątpliwie wynikiem bardzo wczesnego zamknięcia się rowków na powierzchni mózgu (tłumaczenie patrz przypadek 97*), a to znów spowodowało, że zmiany ropne szybko się tutaj cofnęły (patrz sekcja). Ponieważ rowki były zamknięte, więc płyn z komór mógł w zakresie czaszki wylewać się tylko do zbiorników u podstawy mózgowia, a zresztą odpływał do przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia. Ten odpływ był początkowo tylko miernie utrudniony. Dnia 19. wynosi ciśnienie końcowe przy nakłuciu lędźwiowem 6, ciśnienie w komorze 12, zatem różnica ciśnień 6 mm. Hg. Dnia 20. różnica już jest większa — 9+18 równa się 9. Z dniem 21. zostaje połączenie nagle zupełnie przerwane, wtedy więc musiało nastąpić wklinowanie mózgowia do otworu potylicznego wielkiego (patrz sekcja). Stwierdzamy mianowicie tego dnia następujące stosunki: ciśnienie początkowe po nakłuciu lędźwiowem 40 mm. Hg.; spada ono po wypuszczeniu 16 cm^3 płynu do zera, a dalszy odpływ staje się zupełnie niemożebny. Bezpośrednio potem w komorze lewej ciśnienie 44 mm. Hg., spada znowu do zera po upuszczeniu 16 cm^3 płynu i dalszego wypływu uzyskać się nie udaje tak, że niemożebnem się staje oznaczenie położenia pierwotnego drugiej ściany komory, a podobnie i wstrzyknięcie surowicy. Widocznie ściany komory zupełnie się zapadły i zetknęły ze sobą, co możliwe było oczywiście tylko przy krańcowem zwiotczeniu tkanki mózgowia. Dalszem następstwem tego zamknięcia się komory lewej było przerwanie się połączenia z komorą prawą, bo tylko w ten sposób można zrozumieć, że bezpośrednio po skończeniu zabiegu po stronie lewej, stwierdzono w komorze prawej 29 mm. Hg. i otrzymano z niej 20 cm^3 płynu, a wtedy i tutaj także ciśnienie spadło do zera. Światło komory prawej oznaczono zawczasu na 5,5 mm. Hg., wynosiło ono zaś poprzedniego dnia 26 mm. To zwężenie komory, które tu tak szybko powstało, należy odnieść do rozwijania się znacznego obrzęku zapalnego mózgowia. Dziwne jest, że obrzęk wzrastał, mimo to, że przecież zakażenie było znacznie przytłumione skutkiem działania surowicy.

Wklinowanie mózgowia w połączeniu z poprzednio już istniejącem zamknięciem rowków jest powodem, że płyn komorowy niema gdzie odpływać, chyba do zbiorników na podstawie. Tem się też tłumaczy, że zawartość surowicy obniża się tylko powoli. Znajdujemy jej dnia 21. po stronie prawej, gdzie w przeddzień wykonano wstrzyknięcie, 25%, po stronie lewej 15%.

Był jeszcze jeden objaw obrzęku mózgowia, mianowicie wypuklenie ciemiączka, w dniu 21. znacznie większe, niż dni poprzednich. Wypuklenie to nie zmniejszyło się wcale po upuszczeniu płynu z komór (razem 36 cm^3) i doprowadzeniu w każdej z nich ciśnienia do zera, nie zależało więc na pewne od wodogłowia. Przypominam, że podobne tłumaczenie wypuklenia ciemiączka musiałem już przyjąć w przypadku 97*. Do obrzęku mózgowia należało także odnieść objawy kliniczne końcowe i samo zejście śmiertelne. Sekcja potwierdziła w całej pełni rozpoznanie obrzęku mózgowia i zwiotczenia jego tkanki.

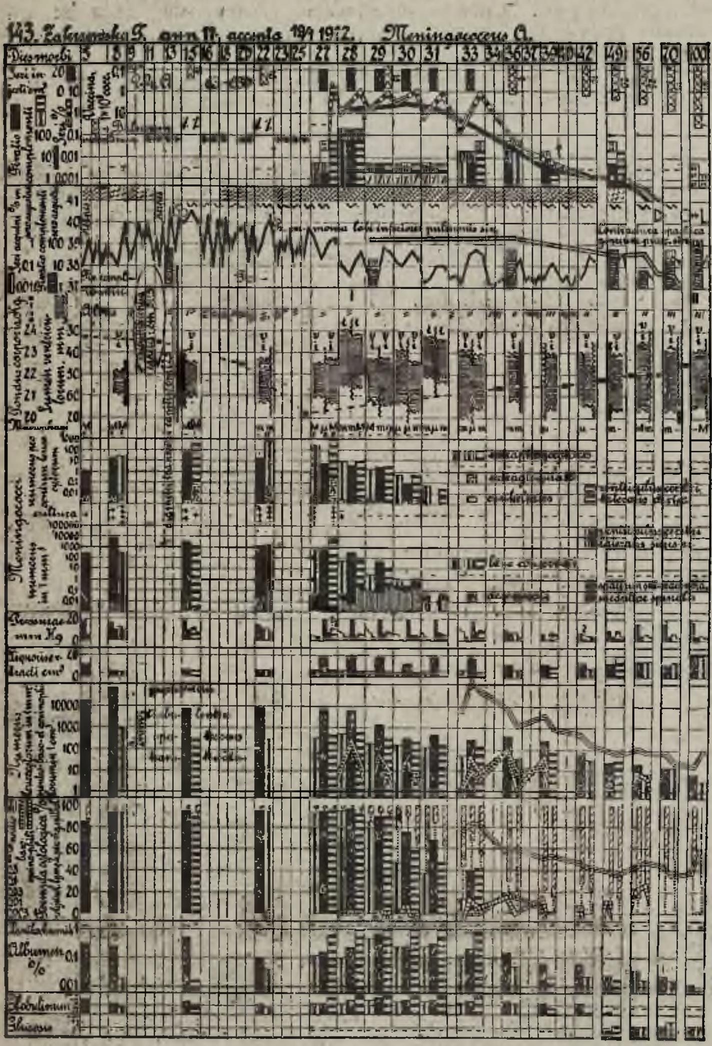
Widzimy jasno na tym przykładzie, do jakich następstw prowadzić może wiotkość tkanki, tj. ten czynnik, na którego znaczenie ogólne dla całego organizmu dziecka zwracał uwagę C z e r n y z takim naciskiem, a tak bardzo słusznie, a którego ważność w szczególności w odniesieniu do tkanki mózgowia przy zapaleniu opon mózgowych podkreśliłem już dostatecznie w V. doniesieniu.

Przypadki.

P r z y p a d e k 143*. Dziewczyna 11-to letnia, o średniej budowie i odżywieniu, przyjęta w 5. dniu choroby. Stan względnie ciężki. Wyraźne przymglenie przytomności, bredzenia, niepokój, zrywania się, znaczna przeczulica ogólna, zez zbieżny. Czynny opór przy badaniu, uniemożliwiający dokładniejsze oznaczenie przykurczenia karku i objawu Kerniga. Obfite zakażenie i znaczne ropienie. Obrzęk mózgowia, zdradzający się początkowo utrudnieniem w przepływie płynu między komorami a kanałem kręgowym, czego wyrazem była różnica w ciśnieniach i wysoki wskaźnik białkowy w dniach 8 i 15, co jednak wyrównało się następnie w dniu 22.

Leczenie napotne, zastosowane od dnia 11, zdawało się oddziaływać na ten obraz korzystnie. Od dnia 12, a zwłaszcza w dniach 14 i 15 chora spokojniejsza i swobodniejsza, chętnie odpowiada na pytania, można ją nawet nakłonić do lekkiego śmiechu. Surowica chorej daje dnia 13 odczyn odchylenia w rozcieńczeniu 1:63, podczas gdy dnia 9 odczyn ten był ujemny. Jednak poprawa ta jest tylko pozorna. Równocześnie bowiem pojawia się od dnia 14. odruchowe drżenie kończyn, którego

przedtem nie było, a które utrzymuje się następnie do 91 dnia choroby. Badanie płynów z dnia 15 wykazuje, że zakażenie w czasie od 8 dnia wzmogło się w komorach 10-krotnie i także później do dnia 22 już się nie obniżyło, dalej, że komory za-



Przypadek 143*

częły się wyraźnie rozszerzać. Także klinicznie zaznacza się zresztą od dnia 16 wyraźne pogorszenie: wyraz twarzy znów bolesny, czoło zmarszczone, stolce częste i wolne. Dnia 21 po kąpieli dreszcz, dnia 23 wyraźne objawy nacieku zapalnego w dolnym płacie płuca lewego. (Objawy te zaczęły się cofać w dniu 27, utrzymywały się jednak w śladach aż do dnia 34). Równocześnie znika uodpornienie ogólne (dnia 22). Na uwagę zasługuje tu także nizkość ciśnienia, nietylko w kanale kręgowym, ale i w komorach, np. dnia 27 tylko 5 mm. Hg., świadczyło ono bowiem o bardzo dotkliwem upośledzeniu czynności wydzielniczej splotów naczyniowych w związku z ciężkością sprawy chorobowej. Subnormalne to ciśnienie potem powoli się podnosi, ale po ostatecznem wyleczeniu sprawy zakaźnej, w związku z polepszeniem odpływu, znów opada i osięga najniższy poziom w dniach 39 i 42, mianowicie przy nakłuciu lędźwiowem 6 i 7 mm. Hg. Później jest znowu wyższe, często nawet przekracza stan prawidłowy, co jest objawem lepszej czynności splotów, a równocześnie świadczy o pewnem pozostałem na stałe upośledzeniu wsysania płynu mózgowo-rdzeniowego.

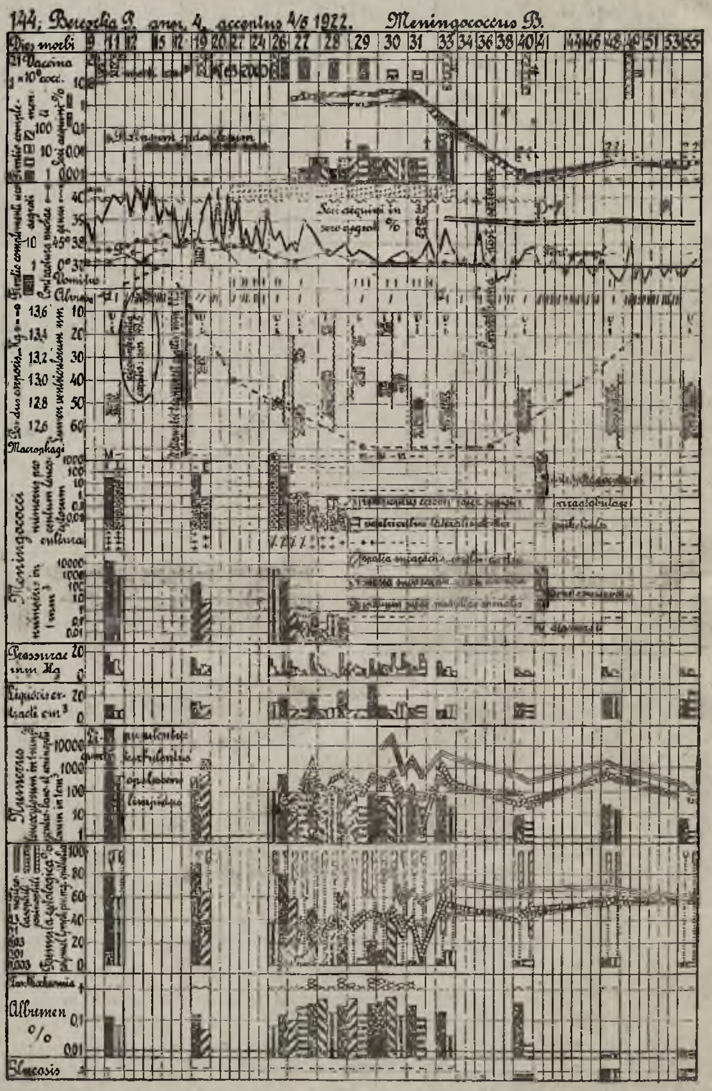
Zapomocą surowicy wstrzykiwanej nardzeniowo osiągnięto tu, jak to już omówiłem, wyleczenie sprawy swoistej w ciągu 5 dni. Ciężkie zaburzenia czynnościowe utrzymywały się jednak mimo to bardzo długo. Chora, rozbudzona, wydawała się czasem zupełnie przytomną, odpowiadała na pytania, ale za chwilę mówiła znów od rzeczy, bredziła, co zapisano nawet jeszcze w dniu 54 choroby. Mocz i stolec oddawała chora pod siebie. Dopiero od dnia 89 zaczęła czasem wołać o naczynie, a wreszcie od dnia 112 przestała się zupełnie zanieczyszczać. Chora mogła się początkowo, nawet gdy ją się posadziło i gdy się trzymała drabinek łóżka, tylko krótko utrzymać się w położeniu siedzącem, trzęsła się przytem cała. Od dnia 45 leżała z silnie przykurczonemi kolanami, tak że pięty opierały się na pośladkach. Początkowo potrafiła czynnie sama kolana wyprostować, ale przy biernem wyprostowywaniu stawiała silny opór, krzycząc i broniąc się. Wkrótce także czynne prostowanie kolan było znacznie ograniczone. To przykurczenie występowało także bardzo wyraźnie, gdy chora mogła wreszcie o własnych siłach siadać (od dnia 115), a zwłaszcza gdy się już mogła utrzymać na nogach. Chodziła od dnia 115 trzymana za ręce, od dnia 127 o własnych siłach, trzymając się poręczy łóżek. Stawała wtedy na całej podeszwie stopy prawej, a tylko na palcach stopy lewej. Dopiero od dnia 132 przykurczenie zaczęło wyraźnie ustępować. Od dnia 142 chodziła chora nie trzymając się niczego i prostowała kolana dosyć dobrze. Bezpośrednio przed opuszczeniem kliniki (dzień 147) chodziła nieźle, tylko się przytem szybko nużyła.

Inteligencja chorej nie ucierpiała, jak się zdaje, zbyt dotkliwie.

Przypadek 144*. Chłopiec 4-letni, z nieznacznemi śladami przebytej krzywicy, zresztą o budowie i odżywieniu dobrem; przybył w 9 dniu choroby.

Przypadek przedstawiał się klinicznie jako miernie ciężki, ale zakażenie było obfite, a objawy odczynowe w komorach, w szczególności fagocytoza, zupełnie niedostateczne.

W czasie stosowania leczenia napotnego, t. j. od dnia 14 do 25., zaznaczają się pewne korzystne zmiany, mianowicie opada wyraźnie ciepłota, zmniejsza się sztywność karku, znika



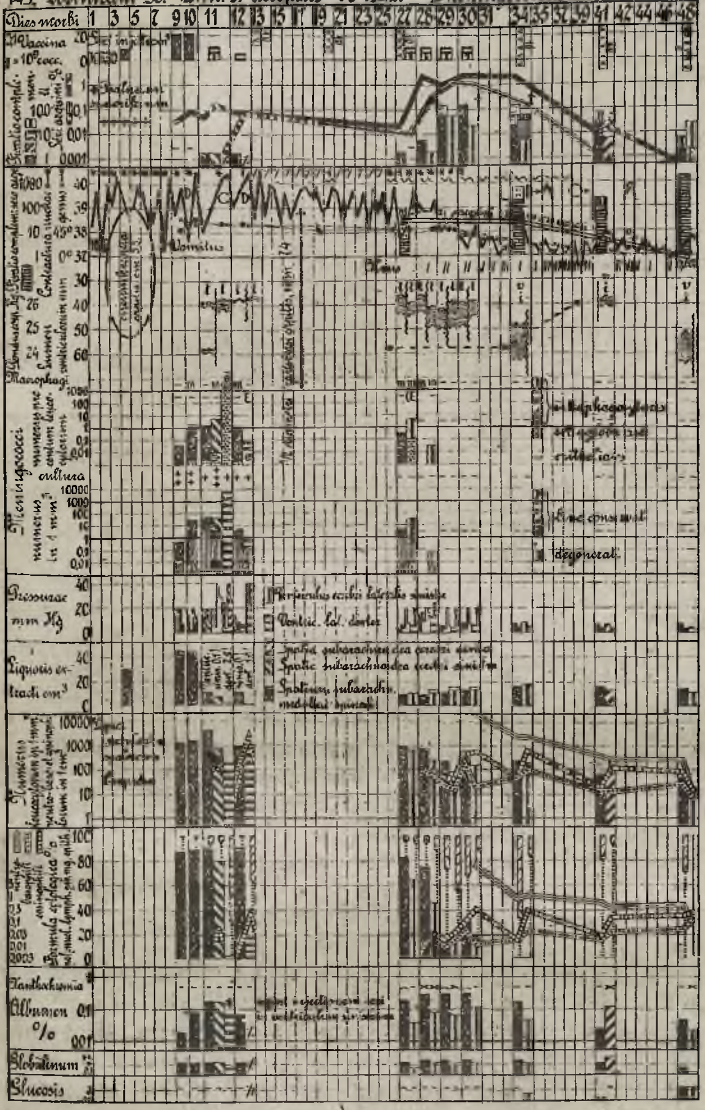
Przypadek 144*

z 22 dniem objaw Kerniga, zjawia się pewne uodpornienie ogólne (wartość surowicy dnia 19 wynosi 6). Ale także w tym przypadku polepszenie okazuje się tylko pozornem, gdyż równocześnie, od dnia 22 zaczynają się pojawiać wymioty, objaw rozwijającego się wodogłowia, zanika apetyt, a w związku z obu, temi objawami opada w tym czasie i bezpośrednio potem ciężar ciała i powstaje bardzo znaczne wychudnienie. Przytem natężenie zakażenia, jak wynika z porównania stosunków w komorze lewej dnia 11 i 26, zwiększa się wyraźnie; powiększa się wreszcie światło komór (28 dzień w porównaniu do 11).

Surowica wstrzykiwana nardzeniowo od dnia 26 załatwia się z zakażeniem w ciągu 4 dni. Jednak w związku z wytworzonem już poprzednio wodogłowiem, zdrowienie jest bardzo powolne. Wymioty ustają dopiero 33 dnia choroby, łaknienie poprawia się od dnia 41. Apatja zmniejsza się wyraźnie z dniem 34: chory jest weselszy, zaczyna się zajmować otoczeniem. Począwszy od dnia 41 uśmiechał się czasami nieznacznie, ale do końca usposobienie jego jest raczej smętne. Tego samego dnia ustąpiło drżenie kończyn odruchowe i wtedy także chory zaczął o własnych siłach siadać w łóżku; dnia 43 potrafił już utrzymać się na nogach i chodzić, jeżeli się go podtrzy-

mywało, od dnia 51 chodził sam, trzymając się poręczy łóżek, a od dnia 53 mógł chodzić bez oparcia.

Przypadek 145*. Chłopiec 9-letni, dobrze zbudowany i odżywiony. Objawy typowe dosyć ciężkie. Leczony był najprzód w domu przez lekarza ordynującego, mianowicie od drugiego do piątego dnia, stosownie do wskazówek Arnolda zabiegami napotnemi; dnia 4 wykonano także wstrzyknięcie nardzeniowe 10 cm surowicy, wszystko bez najmniejszego wpływu. Potem między dniem 9—12 następują wstrzykiwania nardze-



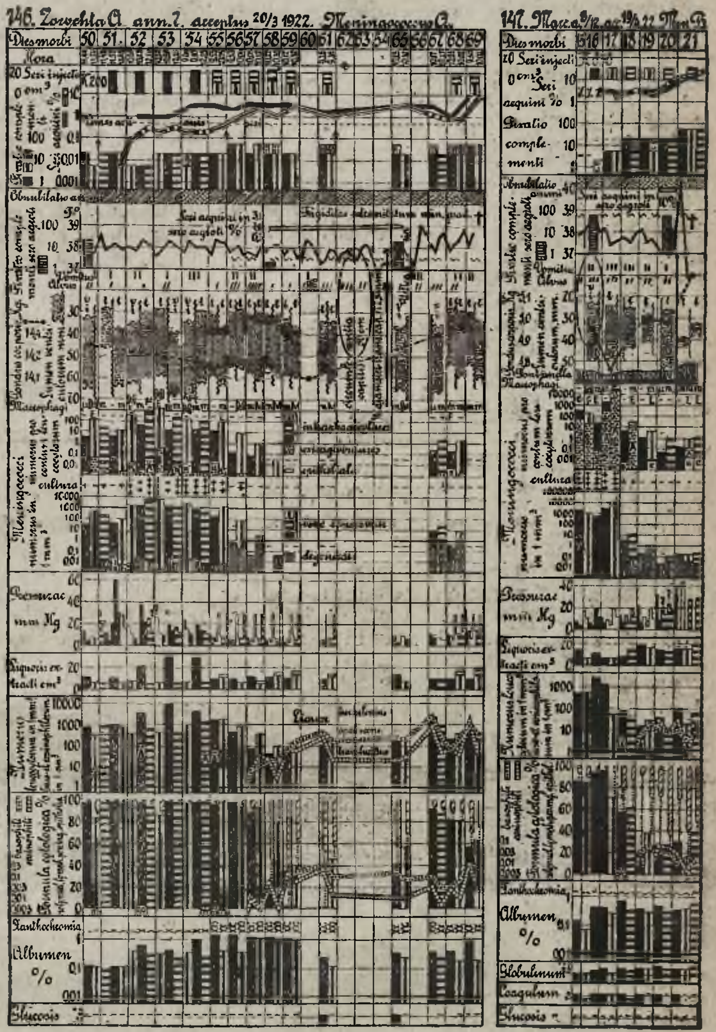
Przypadek 145*

niowe i dokomorowe, wykonywane przezemnie, o czem już zdawałem sprawę. Upłynęło 15 dni, zanim się rodzice zdecydowali oddać chorego do kliniki. Przez ten czas stosowano tylko co tydzień, w dawkach wzrastających, szczepionkę. Po wyleczeniu sprawy swoistej zapomocą wstrzykiwań dokomorowych, szybki względnie powrót do zdrowia. Sztywność karku ustępuje z dn. 33, drżenie kończyn z dniem 39, objaw Kerniga z 42. Siadanie od dnia 33, stanie przy pomocy od dnia 36, chodzenie o własnych siłach od dnia 43, uśmiechanie lekkie od dnia 34, pełne od 39.

Przypadek 146*. Chłopiec 7-letni, o dobrej budowie, przyjęty w 50 dniu choroby, w stanie krańcowego wyniszczenia, z brzuchem wpadniętym, z ciężarem ciała 14,3 kg. Ponieważ ciężar ciała wynosi w tym wieku prawidłowo około 20.6 kg., okazuje się, że chory utracił w ciągu choroby prawie $^1/_3$ swej pierwotnej wagi. Według podania lekarza ordynującego, był on z początkiem choroby odżywiony dobrze. Objawy były typowe, średnio ciężkie. Stosowano od początku 2-go tygodnia leczenie napotne wedle metody Arnolda, raz dziennie i to, jak się początkowo zdawało, z dobrym skutkiem; jednak w drugim tygodniu chóry ogłuchł. Leczenie przerwano dopiero wtedy, gdy w połowie 4-go tygodnia wystąpiły wyraźne objawy rozwijającego się wodogłowia: drgawki, częste wymioty, bezsenność i znaczne osłabienie, nieco później bezwiedne moczenie. W 6-tym tygodniu wrócono jednak znowu do kąpieli gorących, a zaprzestano ich zupełnie dopiero w 7-ym z powodu wzrastającego osłabienia dziecka.

W klinice stwierdzono znaczne przymglenie przytomności, oddawanie moczu i kału pod siebie. Co do objawów oponowych, to na uwagę zasługuje, że objaw Kerniga był ujemny, a głowę można było, bez użycia większej siły, zupełnie zgiąć, przytem jednak chory przestawał oddychać; po chwili następował długi wdech z płaczem. Przypominam, że podobny bezdech po zgięciu głowy, okazywała chora 141* dnia 21, gdy w stanie zupełnej bezprzytomności sztywność karku na jeden dzień całkiem ustąpiła.

Ten stan, bez większych zmian, może z pewnem nieznacznem polepszeniem przytomności po stłumieniu sprawy zaka-



Przypadek 146* i 147*

źnej, utrzymywał się aż do śmierci. Od dnia 60 zaznacza się lekka sztywność kończyn.

Badanie pośmiertne. Opony miękkie na sklepistości i bocznych częściach podstawy mózgu cienkie, gładkie, lśniące. Rowki zupełnie zamknięte, zwoje spłaszczone. Zbiorniki naokoło pnia mózgu wypełnione masą galaretowatą. Nigdzie na powierzchni mózgu niema ani śladu ropy. Komory znacznie rozszerzone, wypełnione płynem żółtawym (surowica wstrzyknięta), w tylnych rogach skrzepiki krwi. Na wyściółce i splotach wiotkie nalociki; ropy nigdzie nie widać. Trochę ropy znaleziono natomiast na tylnej powierzchni rdzenia. Przestrzeń podpajęczynówkowa rdzenia była wszędzie drożna. Wiotkie zlepy pajęczynówki z twardówką. Inne narządy bez zmian istotnych.

Przypadek 147*. Chłopiec 8 miesięczny; karmiony był tylko przez pierwszy tydzień życia wyłącznie piersią, potem dokarmiany co 2 godziny mlekiem $^1/_3$. Od 4 miesiąca karmiony tylko jedną piersią i dokarmiany co 3 godziny mączką owsianą z mlekiem i cukrem. Od 6 miesiąca dostawał 1—2 razy dziennie bułeczki i grysik, od 7 miesiąca czasem ciastko kupne.

Wyraźna krzywica; nasady kości zgrubiałe, różaniec, potylica podatna, brak zębów. Skóra blada, wiotka, podściółka tłuszczowa skąpa, mięśnie słabo rozwinięte, wiotkie. Ciężar ciała 4950 g. (prawidłowy ciężar w tym wieku 7960).

Przymglenie przytomności, oczy zwrócone ku dołowi, lekko wytrzeszczone, w ten sposób, że nad rogówką widać

*) Zmiany te zasługują na uwagę. Znajdują się one mianowicie w miejscach, w zakresie których z chwilą śmierci nie można już było stwierdzić żadnej sprawy zapalnej, stanowią jednak najlepszy dowód, że w początkach choroby przestrzeń podpajęczynówkowa całej powierzchni mózgu musiała brać udział w zapaleniu. Porównaj moją dyskusję z Woringerem. (6).

część twardówki, nie pokrytej górną powieką. Sztywności karku, a podobnie objawów Kerniga i Brudzińskiego, wykazać nie można. Wypuklenie ciemiączka, drżenie odruchowe kończyn. Dnia 20 popołudniu wystąpiło prężenie ogólne, trwające 3 godziny, oddech charczący, sztywność kończyn, zwężenie źrenic. Popołudniu nóżki zimne, nieprzyjmowanie pokarmu, oddech charczący, coraz słabszy.

Sekcja. Opony na sklepistości i bocznych częściach podstawy mózgu cienkie, gładkie, lśniące, bez śladu ropy. Nietylko rowki, ale nawet bruzdy Sylwjusza zupełnie zamknięte; zwoje spłaszczone. Gęsta ropa w zbiornikach podstawy, mianowicie od mostu Varola do skrzyżowania nerwów wzrokowych i ku bruździe prawej Sylwjusza. Półkule móżdżku stykają się ze sobą poza rdzeniem przedłużonym na szerokiej przestrzeni, tak że nie widać pomiędzy niemi dolnego robaka. Wewnętrzna część półkul obejmuje przytem ściśle rdzeń przedłużony i jest oddzielona od reszty móżdżku rowkiem, stanowiącym odcisk brzegu otworu potylicznego wielkiego. W zakresie części, które były wklinowane do otworu potylicznego, przestrzenie podpajęczynówkowe zupełnie zacieśnione.

Wiotkie zlepy pajęczynówki z twardówką na szczycie mózgu, także na częściach bocznych*), ale głównie w okolicy zbiorników na podstawie.

Komory nieznacznie rozszerzone, płynu w nich mało, ropy niema wcale. Tylko komora 4-ta nieco więcej rozszerzona; otwory Luschki drożne.

Substancja mózgu bardzo blada, wiotka, prawie rozpływająca się, przepojona znaczną ilością cieczy.

Opony rdzenia na przedniej powierzchni nie zawierają ropy; nie można jednak tutaj wykazać zgłębnikiem drożności przestrzeni podpajęczynówkowej.

Na tylnej powierzchni, środkiem, dość grube pokłady ropy starszej, widocznie przerośniętej już tkanką łączną ziarninową, gdyż nie można przez nie przedostać się zgłębnikiem; przeciwnie w bocznych częściach przestrzeń podpajęczynówkowa drożna. Wiotkie zlepy pajęczynówki z twardówką.

Narządy wewnętrzne blade, zresztą bez zmian istotnych, tylko wątroba okazuje na przedniej powierzchni głębokie odciski od różańcowatych zgrubień żeber.

Wnioski.

1) Wyleczenie przy leczeniu napotnem należy pojmować tylko jako wyleczenie samoistne. Widoki osiągnięcia tego korzystnego wyniku są temsamem bardzo ograniczone.

2) Leczenie napotne nie może się pod żadnym względem mierzyć z leczeniem zapomocą surowicy; jest nawet rzeczą wątpliwą, czy wywiera ono wogóle jakikolwiek istotny dodatni wpływ na sprawę zakaźną. Przeciwnie surowica działa wybitnie swoiście i, jeżeli tylko spełnione są warunki, konieczne dla jej działania, osiąga z reguły zupełne stłumienie sprawy zakaźnej w ciągu 4—5 dni.

3) Leczenie napotne, a raczej zaniechanie lub odwleczenie leczenia surowicą, łączy się dla chorego z bardzo poważnemi niebezpieczeństwami, jakie grożą zawsze, gdy sprawa zakaźna się przeciąga.

4) Jeżeli niema większych utrudnień w przepływie płynu między przestrzenią podpajęczynówkową rdzenia a komorami mózgowemi, to surowica wstrzyknięta nardzeniowo może się dostawać w dostatecznem stężeniu do komór i wywierać tutaj działanie lecznicze, rozciągające się niekiedy nawet na 2 doby. Wpływ na sprawę zakaźną nie ustępuje wtedy zupełnie wpływowi, który się osiąga przy wstrzykiwaniach dokomorowych.

5) Jeżeli jednak surowica wstrzyknięta nardzeniowo znajduje się tylko w przestrzeni podpajęczynówkowej w dostatecznem stężeniu, ale działanie jej nie rozciąga się na komory, to — w związku z tem, że w przestrzeni podpajęczynówkowej sprawa nie jest samoistna, lecz polega na ciągłym dowozie materjału zakaźnego z komór — nie wywiera to żadnego wpływu na sprawę zakaźną, nietylko w komorach, ale nawet w samej przestrzeni podpajęczynówkowej.

6) W takich przypadkach można jeszcze niejednokrotnie uzyskać stłumienie sprawy zakaźnej, stosując surowicę dokomorowo. W ten sposób zostaje udowodniona wyższość tego sposobu nad wstrzykiwaniami nardzeniowemi.

Piśmiennictwo.

1) W. Arnold: O leczeniu napotnem nagminnego zapalenia opon. Pol. Czasop. lek. 1921. Nr. 1. — 2) J. Raczyński. Doświadczenia z leczenia nagminnego zapalenia opon mózgowych zapomocą surowicy Jochmanna. Lwów. Tyg. Lek. 1907. Nr. 29. i Wien. klin. Woch. 1907. Nr. 52. — 3) Rolleston Brit. med. Journ. Ref. w Deutsche med. Woch. 1915. Nr. 48, str. 1434. — 4) F. Gröer: O leczeniu djetetycznem w chorobach zakaźnych u dzieci. Lw. tyg. lek. 1920. Nr. 1. — 5) Lewkowicz: Leczenie swoiste nagminnego zapalenia opon. V. doniesienie, przypadki 85—114. Przegląd lek. 1920. Nr. 3 i Arch. de méd. des Enfants 1921. Nr. 6 i 7. — VI doniesienie, przypadki 116—140. Rozprawy Akad. Nauk lek. 1922. Tom I (2). — VII doniesienie, przypadki 141 i 142. Pol. Gazeta lek. 1922. Nr. 5. — 6) K. Lewkowicz: Méningites méningococciques á forme ventriculaire. Archives de Méd. des Enfants. 1921. Nr. 9.

Uwag kilka do pracy Dr. A. Zawadzkiego »Przedziurawienia pęcherzyka żółciowego«.

W Nr. 47. P. Gaz. L. znajdujemy interesującą rzecz, którą na jednem z posiedzeń Sekcji Gastrolog. W. Tow. Lek. wygłosił Dr. A. Zawadzki. Wywołała ona żywe zajęcie i wymianę zdań, wzmacniając prąd, dążący do radykalnego leczenia spraw zapalnych pęcherzyka, przebiegających często złośliwie i groźnie. Chciałbym tu nietylko »pro domo mea«, ale i »nostra«, zwrócić uwagę, że słowa Szan. Autora :... a w polskiem (piśmiennictwie), zdaje się, nie opisywanych... wymagają sprostowania.

1) Otóż w roku 1888 opisał Bączkiewicz wyłuszczenie przetok (po przebiciu samoistnem) pęcherzyka, zwężających odźwiernik i będących pośrednią przyczyną dużego rozszerzenia żołądka. Żołądek ten pokazywany był przez dziekana Brodowskiego i Sokołowskiego, a opisany w Gaz. Lek. Nr. 17. p. t. „Przypadek niezwykłego rozszerzenia żołądka".

2) Autor niniejszego opisał w 1891 r. rzecz podobną do powyższej: kamienie żółciowe w żołądku. Przyczynek do etjologji rozszerzenia żołądka. Gazeta Lekarska Nr. 19.

3) Reichman o podobnych sprawach wzmiankuje w 1891 r.: Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowej. Odczyt kliniczny Nr. 34.

4) Fr. Jowdyński w 1893 r. podaje: Przyczynek do chirurgji dróg żółciowych, dziewięć przypadków operacji na pęch. żółciowym. Przegląd Chirurgiczny (1893).

5) W r. 1896. przypadki samoistnego przedziurawienia pęcherzyka i wyłuszczania ropni i przetok skórnych pokazywał na pos. Tow. Lek. chirurg Stankiewicz i ginekolog Neugebauer. Sprawozdanie z pos. Tow. Lek. War. Medycyna Nr. 10 i 14.

6) Korczyński w pracy z r. 1896: Uwagi kliniczne w sprawie ropnych zapaleń w następstwie kamicy żółciowej, Medycyna Nr. 13, 14, 16 i 17 (1896), temat ten porusza.

7) Wreszcie, piszący te słowa w Nr. 26 Medycyny z r. 1896 umieścił pracę większą, gdzie podał opis szczegółowy a) przypadku przetoki, wytworzonej po przebiciu się ropnia (wraz z kamieniem żółciowym i żółcią) do okrężnicy, b) przypadku przetoki skórnej (drugi przypadek po przypadku Jowdyńskiego, po raz pierwszy w piśm. naszem opisanym) i zebrał dostępne mu piśmiennictwo obce i rodzime. (Przyczynek do etjologji przetok żółciowych).

Sądzę, że, nie czyniąc ujmy wartości klinicznej pracy Dr. A. Z., uwagi te będą jej dopełnieniem historyczno-literackiem, co prawda, jedynie do roku wydania mej pracy t. j. do 1896. Należałoby jeszcze przejrzeć roczniki ostatnich lat 26-ciu, lecz nie mogłem tego uskutecznić.

Dr. Ig. Grundzach (Warszawa).

Z praktyki.

Dr. STANISŁAW BARDECKI. Cieszanów.

Zejście ciąży trąbkowej przez odbytnicę.

B. Cz. 30 lat, wdowa od czterech lat, zaszła w 1915 r. w ciążę i czuła, że brzuch jej powiększa się nie ponad spojeniem łonowem, lecz więcej po stronie lewej. W 5. miesiącu ciąży uczuła nagle dołem silne kurcze, pobudzanie do wymiotów, parcie na stolec i miała, jak podaje, wielkie wzdęcie brzucha. Wezwani wówczas lekarze, między innymi lekarz powiatowy cieszanowski Dr. Kruczek, rozpoznali pęknięcie ciąży trąbkowej lewostronnej do jamy brzusznej. Po 9 tygodniowem leżeniu w łóżku, w którym to czasie była miesiączka, chora wstała, czując jednak stale guz w lewem podbrzuszu, a po 5 miesiącach po przebyciu tego cierpienia zaszła w ciążę

i urodziła donoszoną córkę. Chora podaje, że w czasie tej normalnej ciąży czuła, w miarę powiększania się macicy, zmniejszanie się guza, który po porodzie wystąpił z powrotem i utrzymywał się jeszcze przez 6 lat, sprawiając jej tylko uczucie ciążenia w brzuchu i ogólne zmniejszenie się sił do pracy.

20. listopada br. po poprzednich wysiłkach w pracy, tj. noszeniu zboża w workach na plecach, uczuła chora w nocy silne kurcze w brzuchu a rano miała trzy stolce, pierwszy twardy, następne wolne, a po oddaniu ostatniego wymacała palcem kość tkwiącą w odbytnicy. Zawezwany do chorej zastałem ją siedzącą na garnku z gorącą wodą, a palcem wyczułem również kość płaską o brzegach zębatych zaklinowaną w odbycie. Po ułożeniu chorej w łóżku na bok wyciągnąłem klemą płaską kość czaszki płodu poczem wysunąłem ruchami ciągnącemi palcem jeszcze dwie kości czaszki i kość długą. Przez powłoki brzuszne nie wyczułem żadnego guza a chora podała, że po stolcach guz ten zniknął. Obecnie po 2 tygodniach czuje się dobrze, pracuje, uczuwa tylko w czasie pracy lekki ciągnący ból w lewem podbrzuszu, który w czasie leżenia ustępuje, i ma częste wolne stolce pokryte śluzem. W czasie obecnej choroby nie gorączkowała, łaknienie dobre, siły utrzymane.

Mieliśmy tu więc do czynienia z ciążą trąbkową lewostronną, która przed 7 laty pękła do jamy brzusznej, otorbiła się wówczas, zamieniła się w »lithopädion«, a po tym okresie czasu zwapniały ten płód przebił się do kiszki stolcowej, wyszedł z stolcem, a resztki jego kości usunąłem palcem.

Oceny i sprawozdania.

Ruffer M. A. **Studies in the palaeopathology of Egypt.** Chicago. The University of Chicago Press. 1921, str. 372 i 71 tablic. Cena 10 dolarów.

Wytworne to dzieło z za morza, wydane na doskonałym papierze, zaopatrzone w ogromną ilość tablic czarnych i barwnych, przedstawia piękny kontrast z wydawnictwami kontynentu europejskiego. Treść niemniej bogata i piękna. Autor z górą 20 lat spędził w Egipcie, gdzie dużo czasu poświęcił na badanie mumij egipskich pod względem anatomicznym, histologicznym, antropologicznym, patologicznym a nawet i bakterjologicznym. Obecnie wdowa po zmarłym podczas wojny autorze zebrała rozprawy męża, częściowo także obce, dodała fotografje, rysunki i tablice i wydała imponującą całość.

Okazuje się, że większość narządów ciał balsamowanych nie straciła w ciągu kilku tysięcy lat swojej budowy histologicznej i nietrudno pod mikroskopem rozpoznać mięśnie prążkowane, gładkie, serce, naczynia krwionośne, skórę, jelita, żołądek, wątrobę, nerki, kości, gruczoł sutkowy, jądra. Ze zmian patologicznych łatwo było rozpoznać miażdżycę tętnic makroskopowo i mikroskopowo, zmiany w kościach i stawach, będące następstwem, jak się zdaje, przewlekłego gośćcowego zapalenia stawów, arthritis deformans, spondylitis, chorobę Potta, przypadek guza miednicy, prawdopodobnie osteosarcoma, przypadek ospy u faraona z XX dynastji, kamienie żółciowe, zwapniałe w nerkach jaja motylicy krwawej (distomum haematobium Bilharzii), choroby pospolitej w Egipcie, wreszcie liczne, często daleko posunięte choroby zębów i zębodołów. Stan zębów mumij egipskich, przedstawiony w dziele Ruffera, obala raz na zawsze pogląd (frazes jeden z wielu), tak często powtarzany w podręcznikach historji medycyny, mianowicie, że w Egipcie dentystyka stała wysoko. Autor przedstawia cierpienia, jakie niewątpliwie znosili rozmaici faraonowie dlatego tylko, że dentysta nie umiał usunąć im zęba. Zmian kiłowych autor nie widział ani razu. Nietrudno było w niektórych przypadkach zabarwić rozmaite bakterje. Wogóle możliwe było podobne badanie nawet mumij predynastycznych, więc pochodzących z przed 6—7 tysięcy lat.

Autor opracował całą technikę badania histologicznego mumij. Wiadomo, że cała mumja, jak i wszystkie narządy są zupełnie suche, twarde i kruche. Trzeba więc było nasamprzód moczyć kawałki w słabym rozczynie alkalicznym, i potem dopiero autor przechodził do alkoholu celem robienia skrawków. Barwił zwykłemi metodami.

Najciekawszy jednak ze wszystkiego jest obfity materjał, dotyczący dynastyj egipskich, w których małżeństwa zawierano wśród najbliższych krewnych, a nawet wśród rodzeństwa przyrodniego i rodzonego. Według poglądów, zdawna przyjętych w nauce, małżeństwa kazirodcze prowadzą do zwyrodnienia umysłowego i cielesnego. Otóż materjał, zebrany przez Ruffera, nie potwierdza tej teorji. Autor bada to zagadnienie starannie i drobiazgowo. Zbiera cały istniejący materjał historyczny, a oprócz tego bada mumje faraonów i ich żon. W ten sposób zostały zbadane dynastje XVIII, XIX, XXI, a nadewszystko dynastja Ptolomeuszów, u których małżeństwa pomiędzy przyrodnimi lub rodzonymi braćmi i siostrami należały do związków zwykłych i to u szeregu pokoleń, następujących po sobie. Ruffer nie znalazł jednak w tych rodzinach ani jednego przypadku idiotyzmu, ani wogóle jakiegokolwiek zwyrodnienia psychicznego lub fizycznego.

Szumowski (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby kobiece.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.
Vol. XXXV. 3. Wrzesień 1922.

Rub. T. Frank. **Rak kikuta szyi macicznej; przerzut w wyrostku robaczkowym.** Autor opisuje przypadek spostrzegany u murzynki. W rok po nadpochwowem odcięciu macicy z mięśniakami, stwierdzono raka na kikucie szyjnym — i objawy niedrożności przewodu pokarmowego. Nekroskopja wykazała, że wyrostek robaczkowy był jedynem miejscem przerzutu raka.

Mimo, że autorowi nie jest nieznanym fakt częstości raka na kikucie szyi i mimo, że autor przytacza pracę Polak'a, energicznie domagającą się zaniechania odcięcia nadpochwowego na korzyść całkowitego wyjęcia, mimo to wszystko radzi amputować, sądząc, że operacja ta jest mniej niebezpieczna od całkowitego wyjęcia macicy, po którem też może zjawić się rak w sklepieniach pochwy. Tyler zestawił 13 takich przypadków.

Vol. XXXV. 2. Sierpień 1922.

Henry Z. Meleney. **Syncytioma (atypowe chorioma) macicy zakończone ostrem zapaleniem otrzewny.** Autor rozwodzi się przedewszystkiem nad pytaniem, czy można w obrazie drobnowidowym odróżnić złośliwego nabłoniaka kosmówkowego od niezłośliwego. Na pytanie to nie odpowiada z całą pewnością, zwraca jednak uwagę na to, że z dwóch rodzajów komórek, biorących udział w tym nowotworze (syncytium i warstwa Langhansa) tylko komórki warstwy Langhansa okazują złośliwość. W bardzo złośliwych, przerzucających się guzach miano je stale znajdować, tam zaś, gdzie nowotworowo bujało samo syncytium, przebieg miał być niezłośliwy.

Autor zwraca ponadto uwagę na fakt, że te niezłośliwe syncytialne nowotwory nie rzadko wikłają się z ostrem zakażeniemmacicy, prowadzącem do śmierci z posocznicy lub z zapalenia otrzewny. Widocznie (tak sądzi autor) obumierające masy nowotworu stwarzają dobre warunki dla hodowli mikrobów, a związek mas tych z naczyniami krwionośnemi ułatwia uogólnienie się zakażenia.

Wedle zestawień Schmausa z 206 przypadków chorioma siedm zmarło z powodu sepsis, a we wszystkich tych siedmiu przypadkach guzy były dobrotliwe.

W końcu opisuje autor szczegółowo przypadek takiego zejścia śmiertelnego z powodu ostrego zapalenia otrzewny (łańcuszkowiec ropotwórczy) w przypadku łagodnego chorioma. Sekcja wykazała, że masy nowotworowe były punktem wyjścia zakażenia.

K. A. Scott: **Leukocytoza po operacjach ginekologicznych.** Nieraz pragnęłoby się wiedzieć w przypadkach gorączki po operacji, co jest gorączki tej przyczyną, w szczególności, czy nie ma ropienia, którego rozpoznanie ułatwić by mogło wykazanie leukocytozy. Tymczasem nie wiemy, czy po operacjach nie ma leukocytozy i bez ropienia. Autor badał

krew szereg razy, po różnych operacjach ginekologicznych, i doszedł do tego przekonania, że w przypadkach, w których nie było zakażenia, zjawiała się leukocytoza w pierwszych dniach po operacji, była nieznaczna (12 000—16,000) i znikała po kilku dniach. Nie wykazał natomiast autor żadnej równoległości między gorączką a leukocytozą pooperacyjną.

Paul T. Harper. **Pierścień Bandla a trudny poród.** Autor zwraca uwagę na to, że skurczony pierścień Bandla (pierścień skurczowy) może sam przez się utrudnić lub zgoła uniemożliwić poród. O istnieniu takiego skurczenia pierścienia zwykle nie wie się wcale, gdyż dostęp do niego nie jest łatwy. Szczególnie trudno jest wybadać taki pierścień, jeśli leży on ponad częścią przodującą, n. p. nad głową. Wówczas znaleźć go można dopiero po wprowadzeniu ręki do macicy.

Wszelkie drażnienie mechaniczne okolicy skurczonego pierścienia pogarsza stan. Takiem drażnieniem jest też pociąganie dziecka ku dołowi, n. p. przy operacji kleszczowej lub przy pociąganiu za nóżki. Niezrozumiałe skądinąd trudności rozwiązania pochodzą stąd, że pierścień obkurcza się dookoła płodu coraz mocniej i, płód ten poprostu trzymając, przeciwdziała sile ciągnącej płód ku dołowi.

Skurcz pierścienia zwykł ustawać dopiero w głębokiej narkozie; do narkozy tej nie potrzeba jednak chloroformu, wystarczy zapełnie eter. To też głęboka narkoza i nie drażnienie okolicy pierścienia, oto najodpowiedniejsze leczenie. Zdaniem Harpera, skurczony pierścień jest często przyczyną trudności porodowych; tam, gdzie nie widzi się przyczyny innej, trzeba zawsze myśleć o pierścieniu, starać się go wybadać i zastosować odpowiednie leczenie.

A. Rosner (Kraków).

Monatschrift für Geburtshilfe u. Gynaekologie.
Kwiecień 1922. T. 57. Z. 5.

K. de Snoo. **Znaczenie ciśnienia krwi w położnictwie.** Po krótkiem przedstawieniu zapatrywań na wzmożone ciśnienie krwi u ciężarnych, przechodzi autor do własnych spostrzeżeń.

Autor twierdzi, że ciśnienie wzmożone jest zależne od zatrzymania soli w organizmie, a razem z obrzękami jest konieczne do wystąpienia rzucawki. Przez podawanie bezsolnych potraw (u 500 chorych) uniknął drgawek porodowych, podczas gdy przy djecie mlecznej spostrzegał je dość często.

Chore ciężarne z podniesieniem ciśnienia dzieli na trzy grupy: 1) Kobiety, które przedtem były zupełnie zdrowe i miały prawidłowe ciśnienie (100—130 Hg) albo krótki czas po porodzie były bez objawów patologicznych. 2) Kobiety z podniesionem ciśnieniem przy zapaleniu nerek i 3) kobiety z tak zwaną pierwotną hypertensją.

U pierwszej grupy podniesienie ciśnienia nawet bez białkomoczu jest objawem zatrucia ciążowego, które prowadzić może do wybuchu rzucawki. Po zastosowaniu djety bezsolnej, ciśnienie opada, obrzęki i białkomocz się zmniejszają, a najpóźniej 14 dni po rozwiązaniu wszystkie te objawy powinny zniknąć. Jeżeli poza ten okres objawy te się przeciągają, mamy do czynienia ze schorzeniem nerek poważniejszem (*nephritis*). U drugiej grupy przebiega ciąża w pierwszej swojej połowie zwykle prawidłowo, w drugiej połowie dopiero podnosi się ciśnienie, zjawiają się wymioty, bóle głowy, krwawienia z błon śluzowych, wybroczyny na skórze i zaburzenia wzroku. Wzmożone ciśnienie ma poprzedzać wszystkie objawy, utrzymywanie się go zaś przez dłuższy czas po porodzie potwierdza rozpoznanie. U trzeciej grupy ze stale wzmożonem ciśnieniem ciąża nie pogarsza stanu, ciśnienie pozostaje w tych samych granicach, objawów zatrucia brak; leczenie zbyteczne.

Prof. O. Frankl. **Anatomja i fizjologja łożyska.** Autor odpowiada na artykuł Dr. Erchia (Monatschrift 55 H $^2/_3$). Odrzuca przypuszczenie, jakoby łożysko miało być pochodzenia matczynego. Płodowo-nabłonkowe (fetalnoektodermalne) pochodzenie łożyska zostało dostatecznie udowodnione przez Petersa, Junga, a zwłaszcza Grossera. Tak anatomo-porównawcze studja, jak i badania młodych płodów dowiodły, że zapłodnione jaje zagrzebuje się czynnie w błonę śluzową podłoża, niszcząc jego nabłonek.

H. Baumm. **Przyczynek do przemieszczenia wrodzonego nerek.** U 28-letniej kobiety w 4 miesiącu ciąży stwierdzono po lewej stronie w miednicy guz, odpowiadający torbieli jajnikowej. Podczas zabiegu operacyjnego znaleziono jednak macicę dwurożną ciężarną i lewostronną, opadniętą nisko, w miednicy znajdującą się nerkę. Po uwolnieniu zrostów, podsunięto ją ku górze tak wysoko, jak na to pozwoliły krótkie w tym przypadku moczowody i naczynia, i przyszyto. Ciąża została zachowana w 6 miesiącu, jednak przyszło do niewczesnego porodu. Na podstawie tego i innych podobnych przypadków, stwierdza autor dość częste spotykanie się nieprawidłowego położenia nerki z wadami rozwojowemi wewnętrznych organów płciowych. Podkreśla również trudności djagnostyczne w podobnych przypadkach.

H. Hillel. **O cięciu cesarskiem po dawniej wykonanej operacji vaginofiksacji.** H. opisuje przypadek, w którym u 38-letniej kobiety, cztery lata przed ostatnią ciążą, z powodu wypadnięcia macicy wykonano t. zw. vaginaefixatio alta według Mackewhadta. Ciąża przebiegała bez zaburzeń, poród sam jednak spaźniał się i z powodu bardzo wielkiego dziecka zrobiono klasyczne cięcie cesarskie. Autor sądzi jednak, że sterylizacja przy wyżej wymienionej metodzie operacji wypadnięcia jest zbyteczna, ponieważ zrosty między trzonem macicy, a pochwą nadzwyczaj są rozciągliwe i nie utrudniają porodu.

L. Krull. **Państwowa klinika dla chorób kobiecych ze schroniskiem dla matek i osesków w Chemnicach.** Ilustracja i opis budynku oraz organizacji państwowej kliniki, która została w 1918 roku otworzona, (Nie nadaje się do streszczenia). *Józef Szymanowicz.* (Kraków).

Strahlentherapie. Tom XIII. Z. 1 i 2.

H. Kupferberg. **Siedmioletnia rocznica leczenia ginekologicznego raka naświetlaniem.** Albers-Schönberg pierwszy zapoczątkował naświetlania ginekologiczne w 1903. Krönig i Gauss w r. 1912 wprowadzili naświetlania wielomiejscowe i używanie filtrów aluminiowych, a w parę lat później przy współpracy fizyków Friedricha, Dessauera i Lauesa stworzyli szkołę głębokich naświetlań ginekologicznych. Autor przytacza szereg statystyk różnych autorów, z których wyciąga wniosek, że radioterapia nowotworów złośliwych macicy, daje co najmniej takie same wyniki, co chirurgia. W tej dziedzinie zasłużyli się Krönig, Gauss, Friedrich, Dessauer, Bumm, Warnekros, Seitz i Wintz. Wyłącznie zaś w terapji radem Döderlein, Menge i Kehrer. Ginekologiczny kongres w Berlinie 1920 nie rozstrzygnął jeszcze pytania, czy naświetlać należy po operacji, czy też tylko naświetlać, a nie operować. Dopóki istota działania radioterapji nie będzie dokładnie zbadana, tak długo opierać się trzeba będzie na kazuistycznych doniesieniach. Autor pracuje aparatami najnowszej konstrukcji (aparat Radio-Silex Kocha Sterzla z Drezna) i lampami Lilienfelda. Przy wtórnem obciążeniu 8 map pod 1 mm miedzi i 1 mm aluminium uzyskuje »carcinomdosis« w $2^1/_2$ godz. Naświetla przez 2 pola od przodu i tyłu i to powtarza w $^1/_4$, $^1/_2$, 1 i 2 latach. Równocześnie naświetla radem. Przed naświetlaniem stosuje wlewanie krwi (Warnekros) w postaci injekcji, jako środek uczulający — inne środki okazały się bezwartościowe. Miejscowo zaś w przypadkach nie operacyjnych raka stosuje wyskrobanie i przypalanie. Zestawia kilka statystyk przypadków wczesnych i nieoperacyjnych, operowanych i naświetlanych lub tylko naświetlanych a nieoperowanych. Dzieli na *ca vulvae, cervicis, corporis i ovarii.* Przypadków ogółem 198, z tych 12 zaginionych (*verschollen*). Naświetlanych a nieoperowanych 137, w tem wczesnych 43, które w 4. roku po naświetlaniach dały 33% wyleczenia, w 6. zaś 10%. Nieoperacyjne dały w 4. roku 7.5% wyleczenia. Wszystkie przypadki, łącznie 186, operowane i naświetlane lub tylko naświetlane, dały absolutne wyleczenie: raka pochwy 15%, szyjki 34%, trzonu macicy 67%, jajników 44%. Jakkolwiek statystyka przypadków wyłącznie naświetlanych jest nadzwyczajnie korzystna, jednak

ze względu na stosunkowo małe liczby statystyczne, któremi autor rozporządza, zaleca w przypadkach nadających się do operacji zabieg chirurgiczny (Schauta, wyjątkowo Wertheim, Zweifel): 1) dla uniknięcia wytwarzania się wielkiej ilości produktów rozpadowych w tkance rakowatej po naświetlaniach, 2) dla wytworzenia się blizny pooperacyjnej, jako wału ochronnego. Z tych samych względów w przypadkach nie operacyjnych stosuje przypalanie i wyskrobanie.

W statystyce zbiorowej autor podaje uszkodzenia wywołane leczeniem: 5 przetok pęcherzowo-pochwowych, 1 pęcherzowo-pochwowo-cewkowa, 7 pochwowo-odbytniczych, wszystkie przetoki leczone operacyjnie, prócz tego 3 oparzenia zewnętrzne III stopnia, wyleczone w przeciągu kilku miesięcy konserwatywnie.

Feliks G e l. **Naświetlanie włókniaka macicy i metropatji.** Autor mówi o rozszerzeniu zakresu rentgenoterapji, opierając się na przypadkach ze wskazaniem do operacji a nieoperowanych z powodu ogólnego stanu: ciężkiej niedokrwistości, zapalenia nerek, choroby Basedowa, charłactwa, wady serca, cukrzycy, rozstrzeni tętnicy głównej. Ogólna liczba 140 przypadków mięśniaka różnej wielkości, w tej liczbie 6 sięgających do pępka. 115 było bez powikłań, prócz tego 12 *uterus myomatosus* z guzem w szyjce, z tego połowa powikłana z objawami uciskowemi, ponadto 6 mięśniaków przy tyłozgięciu macicy, 4 mięśniaki z miesiączkowaniem bolesnem, 2 mięśniaki podśluzowe, 1 macica mięśniakowa interponowana. Wyleczone wszystkie z wyjątkiem jednego z licznemi podsurowiczemi guzkami (wykonano zabieg chirurgiczny). Badanie tych chorych w 2-5 lat wykazało pomniejszenie guzów w 82.3%, w tem w niektórych przypadkach aż do prawidłowej wielkości macicy. Wiek nie odgrywał roli. Mniej pomyślnie przedstawiają się przypadki włókniaków powikłanych schorzeniami w przydatkach; we wszystkich coprawda doprowadzono do braku miesiączki. Na 18 tych przypadków w jednym wystąpił wysięk, w 3 przypadkach (16%) bóle się wzmogły. Zaleca wielką ostrożność, przedewszystkiem przed rozpoczęciem naświetlań wykluczyć należy czynny proces w przydatkach.

Objawy wypadowe były naogół silniejsze, niż po zabiegach chirurgicznych, zwłaszcza u chorych poniżej 40 lat. Na podstawie tych spostrzeżeń ogranicza pole działania chirurgji przy mięśniaku macicy do: 1) przypadków niejasnych i powikłanych (n. p. *tumor ovarii*), 2) u chorych poniżej 35 lat, u których może się zdarzyć, że przy zabiegu operacyjnym zaoszczędzić będzie można jeden jajnik, a może nawet *uterus*, 3) przy opuchlinie jamy brzusznej niewyjaśnionej z innych przyczyn, 4) przy podejrzeniu klinicznie na zmiany degeneracyjne lub rozpadowe włókniaka, 5) przy ciężkich zmianach uciskowych, 6) względy socjalne. We wszystkich innych przypadkach rentgenoterapja.

Co do metropatji, która to nazwa obejmuje wszystkie nieprawidłowe krwawienia w okresie klimakterycznym, było 100% wyleczenia. W tych stanach macica może być powiększona z powodu przerostu śluzówki lub nie; objawy wypadowe były małe. W przypadkach metropatji, powikłanych mniej lub więcej czynnym procesem w przydatkach, może wystąpić zaostrzenie procesu przydatkowego. Pomyślne zaś wyniki uzyskiwał w metropatjach powikłanych zmianą w położeniu macicy n. p. przy retroflexio uteri i przy zrostach pozapalnych. Dla tych przypadków widzi rozszerzenie zakresu rentgenoterapji.

Z konieczności, mając stare urządzenie, stosuje małe dawki pod 3 mm alum. Szczegółów nie podaje. Tembardziej uważa wyniki leczenia za pomyślne. Naświetla oba jajniki serjami w odstępach czasu 2 lub 3 tygodn. (na 1 serję wypadają 2 naświetlania). Wyjątkowo przy dużych krwawieniach stosuje dodatkowo naświetlania od tyłu. Przy włókniakach były najmniej 4 serje w 10—14 tygodni. Do pewnego stopnia ilość seryj zależy od wieku chorej. Przy metropatjach 3—4 seryj. Po skrobance występuje prędzej amenorrhea, co miałoby być dowodem, że krwawienia klimakteryczne nie są wyłącznie ovarialnego pochodzenia. Macica po wyleczeniu wraca do prawidłowej wielkości lub się zmniejsza. Z powikłań, wywołanych naświetlaniami, dosyć często pojawiała się dermatitis, ustępująca łatwo po paru tygodniach. Raz była macica po kilkumiesięcznem konserwatywnem leczeniu jeszcze niezupełnie wygojona.

J. W i e l o c h. **Zagadnienie wpływania na płeć płodu przez naświetlanie.** Autor rozważa pytanie, czy 1) jest możliwe u człowieka, aby przez działanie promieni x powstawały jaja z taką kombinacją chromosomów, aby po zapłodnieniu powstawały jednostki pewnej płci; 2) czy promienie x mogą przyśpieszyć proces dojrzewania jaj w ten sposób, aby z powodu fizykalno-chemicznego stanu mogły być zapładniane pewnym rodzajem spermatozoów. Pytania opierają się na doświadczeniach na zwierzętach, u których stwierdzono działanie pewnych czynników zewnętrznych w tym kierunku, np. działanie temperatur u małych talaeporia tabulosa (doświadczenia Seilera). U ludzi wpływ alkoholizmu na plemniki spostrzeżenia Goldschmidta, Stockharda, Papanikolau'a i ich doświadczenia na morskich świnkach. Co do pierwszego pytania, to jest niemożliwe do przeprowadzenia choćby tylko ze względów technicznych. Drugie pytanie zaś upada, ponieważ stan dojrzałości jaja nie ma wpływu na powstawanie płci. Spostrzeżenia zaś u kobiet naświetlanych, które zaszły w ciążę w różnym okresie naświetlań, żadnych wpływów nie wykazują. Pytanie zaś, czy zadziałanie promieniami x na pleminki może mieć jaki wpływ, autor chciał rozstrzygnąć, zbierając informacje w tym kierunku u pracowników we wszystkich fabrykach rentgenowskich. Ankieta wypadła również ujemnie.

R. S c h m i d. **Postępy w leczeniu mięśniaków i metropatyj krwotocznych po r. 1914.** Jestto praca bibljograficzna, obejmująca okres czasu od 1914—1919. Autor zestawia wszystkie publikacje odnoszące się do radioterapji dobrotliwych zmian macicy. Zestawia autorów według ich techniki. Przed nim podobną pracę ogłosił Johns (1916 Fryburg). Praca Schmida ma być dalszym ciągiem. W dziedzinie rentgenoterapji dzieli autorów na 5 grup:

1) Wieloczasowe naświetlania małemi dawkami, łącznie do 175 x. Prace autorów należących do starej szkoły hamburskiej z Niemiec, Austro-Węgier i Turcji.

2) Wieloczasowe naświetlania łącznie do 500 x techniką pośrednią pomiędzy szkołą hamburską i fryburską, t. zw. nowsza szkoła hamburska. Niemcy, Szwajcarja, Niederlandy.

3) Wieloczasowe naświetlania dużemi dawkami łącznie 1500 x. Jestto pierwsza technika Fryburska. Niemcy, Szwajcarja, Ameryka.

4) Wieloczasowe naświetlania bardzo dużemi dawkami łącznie 6722 x. Niemcy, Austro-Węgry, Szwajcarja.

5) Jednoczasowe naświetlania przeciętnie 50—70 x dawki skórnej, która odpowiadała 20—30 x dawki głębokiej. Łącznie powierzchownej do 1200 x. Jestto nowa fryburska szkoła. Niemcy.

Druga część pracy zajmuje się terapją radioaktywnemi substancjami. Grupy 3.

1) Wieloczasowe naświetlania preparatami niefiltrowanemi lub słabo — promieniowanie β i γ łącznie 18.800 mgh. Starsza szkoła, prace z Niemiec, Szwecji, Ameryki i Francji.

2) Wieloczasowe naświetlania silnie filtrowanemi preparatami, prom. γ łącznie do 12.000 mgh. Niemcy, Austro-Węgry.

3) Jednoczasowe silnie filtrowane, łącznie 7200 mgh Niemcy. Na końcu krytyczne zestawienie wyników terapji promieniami x i radem, które wobec innych metod wychodzi na korzyść radioterapji.

S t r a s s b u r g e r. **Leczenie emanacją radową.** Do organizmu wprowadzać można emanację radową drogą przewodu pokarmowego przez picie wód lub drogą płuc. Klinicznie obie metody prowadzą do celu. Biologicznie działanie emanacji niezupełnie jest zbadane, tem samem terapeutyczne działanie jest nie wyjaśnione. Expérymentalnie zaś stwierdza się, że w emanacjach radowych ma się wybitny czynnik pobudzający procesy życiowe. Klinicznie — symptomatologicznie stwierdza się, że emanacja działa korzystnie w procesach zapalnych chronicznych i łagodząco na bóle — stąd wynika zakres działania emanacji. Na emanację oddziałują schorzenia stawów, wychodzące z części miękkich, a więc z pochewki stawowej,

krew szereg razy, po różnych operacjach ginekologicznych, i doszedł do tego przekonania, że w przypadkach, w których nie było zakażenia, zjawiała się leukocytoza w pierwszych dniach po operacji, była nieznaczna (12 000—16,000) i znikała po kilku dniach. Nie wykazał natomiast autor żadnej równoległości między gorączką a leukocytozą pooperacyjną.

Paul T. Harper. **Pierścień Bandla a trudny poród.** Autor zwraca uwagę na to, że skurczony pierścień Bandla (pierścień skurczowy) może sam przez się utrudnić lub zgoła uniemożliwić poród. O istnieniu takiego skurczenia pierścienia zwykle nie wie się wcale, gdyż dostęp do niego nie jest łatwy. Szczególnie trudno jest wybadać taki pierścień, jeśli leży on ponad częścią przodującą, n. p. nad głową. Wówczas znaleźć go można dopiero po wprowadzeniu ręki do macicy.

Wszelkie drażnienie mechaniczne okolicy skurczonego pierścienia pogarsza stan. Takiem drażnieniem jest też pociąganie dziecka ku dołowi, n. p. przy operacji kleszczowej lub przy pociąganiu za nóżki. Niezrozumiałe skądinąd trudności rozwiązania pochodzą stąd, że pierścień obkurcza się dookoła płodu coraz mocniej i, płód ten poprostu trzymając, przeciwdziała sile ciągnącej płód ku dołowi.

Skurcz pierścienia zwykł ustawać dopiero w głębokiej narkozie; do narkozy tej nie potrzeba jednak chloroformu, wystarczy zapełnie eter. To też głęboka narkoza i nie drażnienie okolicy pierścienia, oto najodpowiedniejsze leczenie. Zdaniem Harpera, skurczony pierścień jest często przyczyną trudności porodowych; tam, gdzie nie widzi się przyczyny innej, trzeba zawsze myśleć o pierścieniu, starać się go wybadać i zastosować odpowiednie leczenie.

A. Rosner (Kraków).

Monatschrift für Geburtshilfe u. Gynaekologie. Kwiecień 1922. T. 57. Z. 5.

K. de Snoo. **Znaczenie ciśnienia krwi w położnictwie.** Po krótkiem przedstawieniu zapatrywań na wzmożone ciśnienie krwi u ciężarnych, przechodzi autor do własnych spostrzeżeń.

Autor twierdzi, że ciśnienie wzmożone jest zależne od zatrzymania soli w organizmie, a razem z obrzękami jest konieczne do wystąpienia rzucawki. Przez podawanie bezsolnych potraw (u 500 chorych) uniknął drgawek porodowych, podczas gdy przy djecie mlecznej spostrzegał je dość często.

Chore ciężarne z podniesieniem ciśnienia dzieli na trzy grupy: 1) Kobiety, które przedtem były zupełnie zdrowe i miały prawidłowe ciśnienie (100—130 Hg) albo krótki czas po porodzie były bez objawów patologicznych. 2) Kobiety z podniesionem ciśnieniem przy zapaleniu nerek i 3) kobiety z tak zwaną pierwotną hypertensją.

U pierwszej grupy podniesienie ciśnienia nawet bez białkomoczu jest objawem zatrucia ciążowego, które prowadzić może do wybuchu rzucawki. Po zastosowaniu djety bezsolnej, ciśnienie opada, obrzęki i białkomocz się zmniejszają, a najpóźniej 14 dni po rozwiązaniu wszystkie te objawy powinny zniknąć. Jeżeli poza ten okres objawy te się przeciągają, mamy do czynienia ze schorzeniem nerek poważniejszem (*nephritis*). U drugiej grupy przebiega ciąża w pierwszej swojej połowie zwykle prawidłowo, w drugiej połowie dopiero podnosi się ciśnienie, zjawiają się wymioty, bóle głowy, krwawienia z błon śluzowych, wybroczyny na skórze i zaburzenia wzroku. Wzmożone ciśnienie ma poprzedzać wszystkie objawy, utrzymywanie się go zaś przez dłuższy czas po porodzie potwierdza rozpoznanie. U trzeciej grupy ze stale wzmożonem ciśnieniem ciąża nie pogarsza stanu, ciśnienie pozostaje w tych samych granicach, objawów zatrucia brak; leczenie zbyteczne.

Prof. O. Frankl. **Anatomja i fizjologja łożyska.** Autor odpowiada na artykuł Dr. Erchia (Monatschrift 55 H $^2/_3$). Odrzuca przypuszczenie, jakoby łożysko miało być pochodzenia matczynego. Płodowo-nabłonkowe (fetalnoektodermalne) pochodzenie łożyska zostało dostatecznie udowodnione przez Petersa, Junga, a zwłaszcza Grossera. Tak anatomo-porównawcze studja, jak i badania młodych płodów dowiodły, że zapłodnione jaje zagrzebuje się czynnie w błonę śluzową podłoża, niszcząc jego nabłonek.

H. Baumm. **Przyczynek do przemieszczenia wrodzonego nerek.** U 28-letniej kobiety w 4 miesiącu ciąży stwierdzono po lewej stronie w miednicy guz, odpowiadający torbieli jajnikowej. Podczas zabiegu operacyjnego znaleziono jednak macicę dwurożną ciężarną i lewostronną, opadniętą nisko, w miednicy znajdującą się nerkę. Po uwolnieniu zrostów, podsunięto ją ku górze tak wysoko, jak na to pozwoliły krótkie w tym przypadku moczowody i naczynia, i przyszyto. Ciąża została zachowana w 6 miesiącu, jednak przyszło do niewczesnego porodu. Na podstawie tego i innych podobnych przypadków, stwierdza autor dość częste spotykanie się nieprawidłowego położenia nerki z wadami rozwojowemi wewnętrznych organów płciowych. Podkreśla również trudności djagnostyczne w podobnych przypadkach.

H. Hillel. **O cięciu cesarskiem po dawniej wykonanej operacji vaginofiksacji.** H. opisuje przypadek, w którym u 38-letniej kobiety, cztery lata przed ostatnią ciążą, z powodu wypadnięcia macicy wykonano t. zw. vaginaefixatio alta według Mackewhadta. Ciąża przebiegała bez zaburzeń, poród sam jednak spaźniał się i z powodu bardzo wielkiego dziecka zrobiono klasyczne cięcie cesarskie. Autor sądzi jednak, że sterylizacja przy wyżej wymienionej metodzie operacji wypadnięcia jest zbyteczna, ponieważ zrosty między trzonem macicy, a pochwą nadzwyczaj są rozciągliwe i nie utrudniają porodu.

L. Krull. **Państwowa klinika dla chorób kobiecych ze schroniskiem dla matek i osesków w Chemnicach.** Ilustracja i opis budynku oraz organizacji państwowej kliniki, która została w 1918 roku otworzona, (Nie nadaje się do streszczenia).

Józef Szymanowicz. (Kraków).

Strahlentherapie. Tom XIII. Z. 1 i 2.

H. Kupferberg. **Siedmioletnia rocznica leczenia ginekologicznego raka naświetlaniem.** Albers-Schönberg pierwszy zapoczątkował naświetlania ginekologiczne w 1903. Krönig i Gauss w r. 1912 wprowadzili naświetlania wielomiejscowe i używanie filtrów aluminiowych, a w parę lat później przy współpracy fizyków Friedricha, Dessauera i Lauesa stworzyli szkołę głębokich naświetlań ginekologicznych. Autor przytacza szereg statystyk różnych autorów, z których wyciąga wniosek, że radioterapia nowotworów złośliwych macicy, daje co najmniej takie same wyniki, co chirurgia. W tej dziedzinie zasłużyli się Krönig, Gauss, Friedrich, Dessauer, Bumm, Warnekros, Seitz i Wintz. Wyłącznie zaś w terapji radem Döderlein, Menge i Kehrer. Ginekologiczny kongres w Berlinie 1920 nie rozstrzygnął jeszcze pytania, czy naświetlać należy po operacji, czy też tylko naświetlać, a nie operować. Dopóki istota działania radioterapji nie będzie dokładnie zbadana, tak długo opierać się trzeba będzie na kazuistycznych doniesieniach. Autor pracuje aparatami najnowszej konstrukcji (aparat Radio-Silex Kocha Sterzla z Drezna) i lampami Lilienfelda. Przy wtórnem obciążeniu 8 map pod 1 mm miedzi i 1 mm aluminium uzyskuje »carcinomdosis« w $2^1/_2$ godz. Naświetla przez 2 pola od przodu i tyłu i to powtarza w $^1/_4$, $^1/_2$, 1 i 2 latach. Równocześnie naświetla radem. Przed naświetlaniem stosuje wlewanie krwi (Warnekros) w postaci injekcji, jako środek uczulający — inne środki okazały się bezwartościowe. Miejscowo zaś w przypadkach nie operacyjnych raka stosuje wyskrobanie i przypalanie. Zestawia kilka statystyk przypadków wczesnych i nieoperacyjnych, operowanych i naświetlanych lub tylko naświetlanych a nieoperowanych. Dzieli na *ca vulvae, cervicis, corporis i ovarii.* Przypadków ogółem 198, z tych 12 zaginionych (*verschollen*). Naświetlanych a nieoperowanych 137, w tem wczesnych 43, które w 4. roku po naświetlaniach dały 33% wyleczenia, w 6. zaś 10%. Nieoperacyjne dały w 4. roku 7.5% wyleczenia. Wszystkie przypadki, łącznie 186, operowane i naświetlane lub tylko naświetlane, dały absolutne wyleczenie: raka pochwy 15%, szyjki 34%, trzonu macicy 67%, jajników 44%. Jakkolwiek statystyka przypadków wyłącznie naświetlanych jest nadzwyczajnie korzystna, jednak

operacji. Po wycięciu wrzodu zaopatrzono dwunastnicę na ślepo, a żołądek zespolono z górną częścią jelita czczego sposobem Krönleina.

6. Kol. Chomicki przedstawia preparat uzyskany przy operacji **raka żołądka**. W przypadku danym uderza niestosunek bardzo małych objawów podmiotowych do zmian anatomicznych, które zmuszały do odcięcia $^{4}/_{5}$ żołądka i około 7 cm poprzecznicy, do której z powodu krezki był żołądek silnie przyrośnięty. Dwunastnicę zeszyto na ślepo, a żołądek zespolono z jelitem czczem sposobem Kroenleina. Operację wykonano w znieczuleniu sposobem Kapissa. w z. *Schusterówna*.

XXX. Posiedzenie naukowe w dniu 10 listopada 1922 r.

Przewodniczy kol. Franke.

Obecnych członków 105.

1. Kol. Ostrowski przedstawia **nerkę** prawą z **gruźliczą jamistą**, wyjętą u chorej, cierpiącej od miesięcy na bolesne parcie na mocz i bóle w pęcherzu. Rozpoznanie ustalono cystoskopem. Próba barwikowa z indigokarminem wypadła ujemnie.

2. Kol. Węgłowski przedstawia a) przypadek **operacji odmłodzenia sposobem Steinacha**.

Chory żołnierz, 22 lat, przybył do szpitala dnia 5. IX. br. ze skargą na zupełny brak popędu płciowego. O ile pamięta, nie miał nigdy erekcji członka, ani też polucji. Wszelkie próby poczynione w celu wywołania podrażnienia sfery płciowej (chory jest izraelitą i ma się wkrótce ożenić) spełzły na niczem. W szpitalu też starano się podrażnić członek wszelkiemi sposobami, lecz erekcji nie osiągnięto. Zewnętrzny wygląd narządów płciowych prawidłowy, — w lewem jądrze niewielki wodniak. Na usilne prośby chorego wykonano operację Steinacha. Podwiązano przewód nasieniowy lewego jądra i obszyto najądrze tegoż jądra, prawego jądra nie ruszano. Wynik operacji był taki, że już po paru dniach chory radośnie zaalarmował, że ma silne napięcia członka. Następnie napięcia powtarzały się kilkakrotnie dziennie. Chory szybko nauczył się wydobywać sobie spermę, która przy badaniu okazywała się prawidłowa, ze zdrowemi i ruchliwemi plemnikami. Z wyniku operacji chory jest bardzo zadowolony i usilnie przygotowuje się do stanu małżeńskiego.

W dyskusji kol. Schramm sceptycznie zapatruje się na operację Steinacha i wyniki przypisuje czynnikom psychicznym. Kol. Leszczyński dodaje, że w tym zabiegu znane jest przechodzenie homoseksualizmu w heteroseksualizm. Co do operacji, to wyniki jej, jak i opoterapji mijają po pewnym czasie. Kol. Węgłowski podkreśla bezwzględnie dodatni wpływ operacji na stan ogólny i starczy wygląd zewnętrzny chorych.

b) Kol. Węgłowski omawia **przypadek krwotoku z tętnicy oponowej średniej (art. meningea media) po urazie.** Żołnierz 22 lat, uderzony kopytem konia w lewą skroń, stracił przytomność i w takim stanie przywieziony został do szpitala. Chory nieprzytomny, rzuca się, coś bełkocze, jęczy, tętno 40 do 42 na minutę, źrenica lewa rozszerzona, nie oddziaływuje. W okolicy lewej skroni siniak, — ślad uderzenia kopytem. Rozpoznanie: uszkodzenie naczyń oponowych średnich i ucisk mózgu przez krwiak. Bezwłocznie przystąpiono do operacji. Zwykłym płatowem cięciem odsłonięto lewą okolicę skroniową. Kość skroniowa rozbita na szereg odłamków, które usunięto. Naczynia oponowe przedziurawione broczą; podwiązanie obu końców. Nad oponą duży wylew krwi skrzepłej — skrzep usunięto. Po nacięciu opony twardej, znaleziono skrzepy podoponowe, które również usunięto. Ponieważ mózg tętnił niewyraźnie, nakłuto komorę przednią i wydobyto płyn silnie zabarwiony krwią. Oponę twardą zaszyto, piątrowe szwy na mięśnie i skórę — szklany sączek. Przebieg rany — bez powikłań. Stan nieprzytomny i wolne tętno, miał chory przez 8—10 dni. Na 5-ty dzień wykonano nakłucie lędźwiowe i wypuszczono płyn mózgowy zabarwiony — krwią. Powolne wyzdrowienie. Z początku upośledzenie ruchów prawej nogi i ręki i objawy afazji, obecnie chory jest prawie całkiem zdrów. (A. r.).

W dyskusji kol. Schramm opisuje jeden swój przypadek, w którym u starszego żyda po urazie wystąpiły objawy ucisku mózgowego, bez rany zewnętrznej. Stwierdzono pęknięcie *art. meningeae mediae* w tylnej części wraz ze skrzepami na oponie twardej.

3. Kol. Gröer wygłasza odczyt o **higjogenezie**. (drukowany w Nr. 50. P. Gaz. lek).

W dyskusji kol. Nowicki podnosi brak zajęcia u patologów dla powstawania mechanizmu zdrowienia. W nauce o konstytucjonalizmie najważniejszą rolę odgrywa dotychczas indywidualność, a przestrojenie biologji komórki po chorobie powinno budzić żywe zainteresowanie. Dotąd naprzykład nie jest zupełnie jasną sprawa przełomu w pewnych chorobach jak np. w zapaleniu płuc włóknikowem, choć co do ostatniego niektórzy odnoszą przełom tej choroby do wessania ciał z rozpadu wysięku powstałego (kolloidoterapia). N. nie zgadza się z zapatrywaniami mówcy, jakoby immunogeneza nie grała roli w zdrowieniu. Kol. Sieradzki zastanawia się nad zagadnieniem powstawania śmierci (tanatogenezy). Dlaczego człowiek umiera? Anatom staje nieraz bez odpowiedzi i nie wie dlaczego jeden umiera wcześniej, a drugi później na ten sam proces chorobowy. Kol. Gröer: ustrój umiera dlatego, ponieważ nie zdrowieje. Śmierć tłumaczy upadkiem oporu tkanki na zakażenie, jak to widać w przypadkach wybuchu gruźlicy prosówkowej. Przemawiał nadto kol. Ostrowski.

Kwietowicz, sekretarz.

Towarzystwo Lekarskie polsko-francuskie w Warszawie.

Nadzwyczajne Walne Zebranie w dniu 26 października 1922 r.

1. Przewodniczący prof. J. Mazurkiewicz omawia rozwój Towarzystwa, powiększanie się stałe liczby członków oraz widoki rozwoju na przyszłość. Towarzystwo rozporządza funduszem, którego zaczątkiem było saldo z dochodów Zjazdu Lekarskiego polsko-francuskiego w Warszawie we wrześniu 1921 roku; fundusz ten został powiększony ofiarami, które wpłynęły już to z Francji już to z kraju. W roku 1923 Towarzystwo ma zamiar przystąpić do wydawania własnego organu, biuletynu Towarzystwa w języku francuskim, który by był ogniwem łączącem naukę lekarską francuską z polską. Po poparciu poruszonej sprawy przez Nadzwyczajne Walne Zebranie uchwalono powiększyć składkę roczną za rok 1923 do wysokości dwunastu tysięcy marek.

2. Dr. Leon Karwacki: **O badaniach uczonych francuskich nad uczuleniem (anafilaksją)** (rzecz ukaże się w druku).

3. Dr. Józef Zieliński: **Lecznictwo we Francji.** Mowca na zasadzie bogatego osobistego doświadczenia omawia lecznictwo we Francji od czasów klinicystów tej miary, co Potain, Dieulafoy, aż do czasów najnowszych. Omówiwszy metodykę badania chorego — wysłuchiwanie bezpośrednie uchem, opukiwanie bezpośrednie oraz pośrednie bez użycia młotka i pukadła, badania krwi itp. — zwraca uwagę na rozpowszechnienie badania parcia krwi przy pomocy licznych dziś aparatów francuskich, a które to badanie nie bywa pomijane przez lekarza praktyka w godzinach przyjęć. Następnie mowca przeszedł do sprawy zapisywania leków, podkreśla częstość stosowania leków drogą dożylną oraz dorectalną, zwraca uwagę na ważność zaleceń higjenicznych, stosowania djetetyki itp., wreszcie na częstość i sposób stosowania zabiegów fizykalnych. Stosowanie kąpieli w chorobach zakaźnych, jak durze, płonicy, a nawet zapaleniu płuc, jak chce lekarz-pedjatra Comby, znakomicie zmniejsza, a nieraz i zupełnie usuwa potrzebę stosowania środków przeciwgorączkowych. Kąpiele są nietylko stosowane w szpitalach, lecz i w praktyce, nawet u chorych niezamożnych. Prelegent uważa, że w klinice francuskiej lekarze polscy znajdują skarbnicę, z której czerpiąc, mogą pogłębić naukę lecznictwa w kraju. *A. Stefanowski*, sekretarz.

Towarzystwo lekarzy polskich b. Galicji

Sekcja Nowosądecka.

Posiedzenie naukowe w dniu 2 grudnia 1922.

1. Sprawa wyboru delegata do Izby Lekarskiej.

2. Sprawa wyboru zarządu Sekcji na rok 1923. W sprawie wyboru delegata do Izby Lekarskiej ogół lekarzy jednomyślnie sprzeciwił się liście kandydatów, ułożonej przez Związek lekarzy, specjalnie co do kandydata z Nowego Sącza, bez poprzedniego porozumienia się z którymkolwiek lekarzem w okręgu. Z kolei wybrano zarząd Sekcji na rok 1923, tj. Dra Jasińskiego przewodniczącym Sekcji, Dra Jaworskiego sekretarzem.

3. Dr. Harasowski wygłosił odczyt na temat: **Tłómaczenie snów według Freuda**.

W dyskusji wziął udział ogół lekarzy.

Posiedzenia sekcji odbywają się regularnie raz na miesiąc tj. w pierwszą sobotę po pierwszym.

Jaworski, sekretarz.

Ogólny Polski Zjazd zdrojowisk, uzdrowisk i kąpielisk morskich.

Z inicjatywy Polskiego Związku zdrojowisk, uzdrowisk i kąpielisk morskich odbył się Zjazd we Lwowie dnia 8 i 9 bm. Prócz delegatów szeregu Towarzystw, między niemi Tow. balneologicznego krakowskiego, wzięli udział delegaci Ministerstwa zdrowia p. (dr. Grodecki), Ministerstwa robót publ. (dr. Orłowicz) i kolei żelaznych (Moskwa). W otwarciu Zjazdu uczestniczyli także rektorowie trzech wyższych uczelni lwowskich, prezydent miasta, i przedstawiciel wojskowości.

Zjazd otworzył przewodniczący Komitetu dr. J. Zakrzewski. Po wybraniu prezesów honorowych i sekretarzy i szeregu mów powitalnych, wygłoszonych przez prezydenta miasta, Izby handlowej, przedstawiciela Rządu, dyrektora Urzędu zdrowia Wojew. lwowskiego, prezydenta Izby lek. wsch. Małopolski, Tow. politechnicznego i Tow. lekarskiego lwowskiego także imieniem Tow. lekarzy polskich b. Galicji, przystąpiono do porządku obrad. Pierwszy referat wygłosili dr. Sabatowski (Lwów) i dr. Dydyński (Warszawa): Stan zdrojowisk po sezonie 1922 a) w Małopolsce i na Śląsku, b) w b. Kongresówce. Następnie dr. Orłowicz: Ruch turystyczny w Polsce i wydawnictwo Przewodnika po Uzdrowiskach. Prof. Nowicki: Wydawnictwo organu i pisma archiwalnego naukowego, poświęconego działom, związanym z balneologją. Inż. Piotrowski mówił o dotychczasowych robotach i planach przeprowadzonych i zamierzonych w uzdrowiskach na terenie Województwa krakowskiego, zaś inż. Puźnikiewicz o warunkach komunikacyjnych na polskiem wybrzeżu mor-

operacji. Po wycięciu wrzodu zaopatrzono dwunastnicę na ślepo, a żołądek zespolono z górną częścią jelita czczego sposobem Krönleina.

6. Kol. Chomicki przedstawia preparat uzyskany przy operacji raka żołądka. W przypadku danym uderza niestosunek bardzo małych objawów podmiotowych do zmian anatomicznych, które zmuszały do odcięcia ²/₃ żołądka i około 7 cm poprzecznicy, do której z powodu krezki był żołądek silnie przyrośnięty. Dwunastnicę zeszyto na ślepo, a żołądek zespolono z jelitem czczem sposobem Kroenleina. Operację wykonano w znieczuleniu sposobem Kapissa. w z. *Schusterówna*.

XXX. Posiedzenie naukowe w dniu 10 listopada 1922 r.

Przewodniczy kol. Franke.

Obecnych członków 105.

1. Kol. Ostrowski przedstawia nerkę prawą z gruźlicą jamistą, wyjętą u chorej, cierpiącej od miesięcy na bolesne parcie na mocz i bóle w pęcherzu. Rozpoznanie ustalono cystoskopem. Próba barwikowa z indigokarminem wypadła ujemnie.

2. Kol. Węgłowski przedstawia a) przypadek **operacji odmłodzenia sposobem Steinacha.**

Chory żołnierz, 22 lat, przybył do szpitala dnia 5. IX. br. ze skargą na zupełny brak poczucia płciowego. O ile pamięta, nie miał nigdy erekcji członka, ani też polucji. Wszelkie próby poczynione w celu wywołania podrażnień sfery płciowej (chory jest izraelitą i ma się wkrótce ożenić) spełzły na niczem. W szpitalu też starano się podrażnić członek wszelkiemi sposobami, lecz erekcji nie osiągnięto. Zewnętrzny wygląd narządów płciowych prawidłowy, — w lewem jądrze niewielki wodniak. Na usilne prośby chorego wykonano operację Steinacha. Podwiązano przewód nasieniowy lewego jądra i obszyto najądrze tegoż jądra, prawego jądra nie ruszano. Wynik operacji był taki, że już po paru dniach chory radośnie zaalarmował, że ma silne napięcia członka. Następnie napięcia powtarzały się kilkakrotnie dziennie. Chory szybko nauczył się wydobywać sobie spermę, która przy badaniu okazywała się prawidłową, ze zdrowemi i ruchliwemi plemnikami. Z wyniku operacji chory jest bardzo zadowolony i usilnie przygotowuje się do stanu małżeńskiego.

W dyskusji kol. Schramm sceptycznie zapatruje się na operację Steinacha i wyniki przypisuje czynnikom psychicznym. Kol. Leszczyński dodaje, że w tym zabiegu znane jest przechodzenie homoseksualizmu w heteroseksualizm. Co do operacji, to wyniki jej, jak i opoterapji mijają po pewnym czasie. Kol. Węgłowski podkreśla bezwzględnie dodatni wpływ operacji na stan ogólny i starczy wygląd zewnętrzny chorych.

b) Kol. Węgłowski omawia **przypadek krwotoku z tętnicy oponowej średniej (art. meningea media) po urazie.** Żołnierz 22 lat, uderzony kopytem konia w lewą skroń, stracił przytomność i w takim stanie przywieziony został do szpitala. Chory nieprzytomny, rzuca się, coś bełkocze, jęczy, tętno 40 do 42 na minutę, źrenica lewa rozszerzona, nie oddziaływuje. W okolicy lewej skroni siniak, — ślad uderzenia kopytem. Rozpoznanie: uszkodzenie naczyń oponowych średnich i ucisk mózgu przez krwiak. Bezwłocznie przystąpiono do operacji. Zwykłym płatowem cięciem odsłonięto lewą okolicę skroniową. Kość skroniowa rozbita na szereg odłamków, które usunięto. Naczynia oponowe przedziurawione broczą; podwiązanie obu końców. Nad oponą duży wylew krwi skrzepłej — skrzep usunięto. Po nacięciu opony twardej, znaleziono skrzepy podoponowe, które również usunięto. Ponieważ mózg tętnił niewyraźnie, nakłuto komorę przednią i wydobyto płyn silnie zabarwiony krwią. Oponę twardą zaszyto, piątrowe szwy na mięśnie i skórę — szklany sączek. Przebieg rany — bez powikłań. Stan nieprzytomny i wolne tętno, miał chory przez 8—10 dni. Na 5-ty dzień wykonano nakłucie lędźwiowe i wypuszczono płyn mózgowy zabarwiony — krwią. Powolne wyzdrowienie. Z początku upośledzenie ruchów prawej nogi i ręki i objawy afazji, obecnie chory jest prawie całkiem zdrów. (A. r.).

W dyskusji kol. Schramm opisuje jeden swój przypadek, w którym u starszego żyda po urazie wystąpiły objawy ucisku mózgowego, bez rany zewnętrznej. Stwierdzono pęknięcie *art. meningeae mediae* w tylnej części wraz ze skrzepami na oponie twardej.

3. Kol. Gröer wygłasza odczyt o **higjogenezie.** (drukowany w Nr. 50. P. Gaz. lek).

W dyskusji kol. Nowicki podnosi brak zajęcia u patologów dla powstawania mechanizmu zdrowienia. W nauce o konstytucjonalizmie najważniejszą rolę odgrywa dotychczas indywidualność, a przestrojenie biologji komórki po chorobie powinno budzić żywe zainteresowanie. Dotąd naprzykład nie jest zupełnie jasną sprawa przełomu w pewnych chorobach jak np. w zapaleniu płuc włóknikowem, choć co do ostatniego niektórzy odnoszą przełom tej choroby do wessania ciał z rozpadu wysięku powstałego (kolloidoterapia). N. nie zgadza się z zapatrywaniami mówcy, jakoby immunogeneza nie grała roli w zdrowieniu. Kol. Sieradzki zastanawia się nad zagadnieniem powstawania śmierci (tanatogenezy). Dlaczego człowiek umiera? Anatom staje nieraz bez odpowiedzi i nie wie dlaczego jeden umiera wcześniej, a drugi później na ten sam proces chorobowy. Kol. Gröer: ustrój umiera dlatego, ponieważ nie zdrowieje. Śmierć tłumaczy upadkiem oporu tkanki na zakażenie, jak to widać w przypadkach wybuchu gruźlicy prosówkowej. Przemawiał nadto kol. Ostrowski.

Kmietowicz, sekretarz.

Towarzystwo Lekarskie polsko-francuskie w Warszawie.

Nadzwyczajne Walne Zebranie w dniu 26 października 1922 r.

1. Przewodniczący prof. J. Mazurkiewicz omawia rozwój Towarzystwa, powiększanie się stałe liczby członków oraz widoki rozwoju na przyszłość. Towarzystwo rozporządza funduszem, którego zaczątkiem było saldo z dochodów Zjazdu Lekarskiego polsko-francuskiego w Warszawie we wrześniu 1921 roku; fundusz ten został powiększony ofiarami, które wpłynęły już to z Francji już to z kraju. W roku 1923 Towarzystwo ma zamiar przystąpić do wydawania własnego organu, biuletynu Towarzystwa w języku francuskim, który by był ogniwem łączącem naukę lekarską francuską z polską. Po poparciu poruszonej sprawy przez Nadzwyczajne Walne Zebranie uchwalono powiększyć składkę roczną za rok 1923 do wysokości dwunastu tysięcy marek.

2. Dr. Leon Karwacki: **O badaniach uczonych francuskich nad uczuleniem (anafilaksją)** (rzecz ukaże się w druku).

3. Dr. Józef Zieliński: **Lecznictwo we Francji.** Mowca na zasadzie bogatego osobistego doświadczenia omawia lecznictwo we Francji od czasów klinicystów tej miary, co Potain, Dieulafoy, aż do czasów najnowszych. Omówiwszy metodykę badania chorego — wysłuchiwanie bezpośrednie uchem, opukiwanie bezpośrednie oraz pośrednie bez użycia młotka i pukadła, badania krwi itp. — zwraca uwagę na rozpowszechnienie badania parcia krwi przy pomocy licznych dziś aparatów francuskich, a które to badanie nie bywa pomijane przez lekarza praktyka w godzinach przyjęć. Następnie mowca przeszedł do sprawy zapisywania leków, podkreśla częstość stosowania leków drogą dożylną oraz dorectalną, zwraca uwagę na ważność zaleceń higjenicznych, stosowania djetetyki itp., wreszcie na częstość i sposób stosowania zabiegów fizykalnych. Stosowanie kąpieli w chorobach zakaźnych, jak durze, płonicy, a nawet zapaleniu płuc, jak chce lekarz-pedjatra Comby, znakomicie zmniejsza, a nieraz i zupełnie usuwa potrzebę stosowania środków przeciwgorączkowych. Kąpiele są nietylko stosowane w szpitalach, lecz i w praktyce, nawet u chorych niezamożnych. Prelegent uważa, że w klinice francuskiej lekarze polscy znajdują skarbnicę, z której czerpiąc, mogą pogłębić naukę lecznictwa w kraju. *A. Stefanowski*, sekretarz.

Towarzystwo lekarzy polskich b. Galicji

Sekcja Nowosądecka.

Posiedzenie naukowe w dniu 2 grudnia 1922.

1. Sprawa wyboru delegata do Izby Lekarskiej.

2. Sprawa wyboru zarządu Sekcji na rok 1923. W sprawie wyboru delegata do Izby Lekarskiej ogół lekarzy jednomyślnie sprzeciwił się liście kandydatów, ułożonej przez Związek lekarzy, specjalnie co do kandydata z Nowego Sącza, bez poprzedniego porozumienia się z którymkolwiek lekarzem w okręgu. Z kolei wybrano zarząd Sekcji na rok 1923, tj. Dra Jasińskiego przewodniczącym Sekcji, Dra Jaworskiego sekretarzem.

3. Dr. Harasowski wygłosił odczyt na temat: **Tłomaczenie snów według Freuda.**

W dyskusji wziął udział ogół lekarzy.

Posiedzenia sekcji odbywają się regularnie raz na miesiąc tj. w pierwszą sobotę po pierwszym.

Jaworski, sekretarz.

Ogólny Polski Zjazd zdrojowisk, uzdrowisk i kąpielisk morskich.

Z inicjatywy Polskiego Związku zdrojowisk, uzdrowisk i kąpielisk morskich odbył się Zjazd we Lwowie dnia 8 i 9 bm. Prócz delegatów szeregu Towarzystw, między niemi Tow. balneologicznego krakowskiego, wzięli udział delegaci Ministerstwa zdrowia p. (dr. Grodecki), Ministerstwa robót publ. (dr. Orłowicz) i kolei żelaznych (Moskwa). W otwarciu Zjazdu uczestniczyli także rektorowie trzech wyższych uczelni lwowskich, prezydent miasta, i przedstawiciel wojskowości.

Zjazd otworzył przewodniczący Komitetu dr. J. Zakrzewski. Po wybraniu prezesów honorowych i sekretarzy i szeregu mów powitalnych, wygłoszonych przez prezydenta miasta, Izby handlowej, przedstawiciela Rządu, dyrektora Urzędu zdrowia Wojew. lwowskiego, prezydenta Izby lek. wsch. Małopolski, Tow. politechnicznego i Tow. lekarskiego lwowskiego także imieniem Tow. lekarzy polskich b. Galicji, przystąpiono do porządku obrad. Pierwszy referat wygłosili dr. Sabatowski (Lwów) i dr. Dydyński (Warszawa): Stan zdrojowisk po sezonie 1922 a) w Małopolsce i na Śląsku, b) w b. Kongresówce. Następnie dr. Orłowicz: Ruch turystyczny w Polsce i wydawnictwo Przewodnika po Uzdrowiskach. Prof. Nowicki: Wydawnictwo organu i pisma archiwalnego naukowego, poświęconego działom, związanym z balneologją. Inż. Piotrowski mówił o dotychczasowych robotach i planach przeprowadzonych i zamierzonych w uzdrowiskach na terenie Województwa krakowskiego, zaś inż. Puźnikiewicz o warunkach komunikacyjnych na polskiem wybrzeżu mor-

skiem. Wreszcie pierwszego dnia dr. Jasiński i Aleksiewicz wygłosili referat: O potrzebie sanatorjów w Uzdrowiskach. Następnego dnia dyr. Varhely omawiał sprawę połączeń kolejowych do zdrojowisk; prof. Nadolski i dr. Westreich omówili „Ustawę zdrojową"; dr. Dydyński zaś mówił: O eksploatacji źródeł mineralnych w Polsce.

Wynikiem wygłoszonych referatów i żywej dyskusji, w której kilkakrotnie brali udział przedstawiciele Rządu a także właściciele zdrojowisk, było uchwalenie szeregu przedstawionych wniosków; mianowicie uchwalono zwrócić się do Ministerstw o przyznanie wydatnych subwencyj na wydanie obszernego przewodnika uzdrowiskowego po całej Polsce, na wydawanie stałego organu, poświęconego stronie informacyjnej i naukowo popularnej polskich uzdrowisk, przeznaczonego także dla zagranicy. Uchwalono zwrócić się do Rządu o intenzywne prowadzenie robót w Krynicy i Ciechocinku; zwrócić się do Ministerstwa skarbu o polecenie Zakładowi Kredytowemu odbudowy Kraju, aby udzielał pożyczek na odbudowę zdrojowisk, uzdrowisk, will i pensjonatów; zwrócić się do Ministerstwa zdrowia p. o polecenie komisjom zdrojowym, aby wstawiały do swych budżetów odpowiednie kwoty na wydawanie organu; wezwać Związek do propagowania zdrojowisk w Wielkopolsce i na Pomorzu; zwrócić się z apelem do komisyj zdrojowych o wyjednanie u właścicieli domów zniżki na mieszkania w pierwszym i trzecim sezonie dla urzędników, oficerów, szeregowych i inwalidów; o udzielenie bezpłatnej kąpieli najtańszej kategorji, oraz zniżek dla kąpieli droższych w pierwszym i trzecim sezonie dla oficerów, szeregowych i inwalidów; o najrychlejszą budowę lecznic w zdrojowiskach państwowych i apelem do Kas chorych o otworzenie lecznic po zdrojowiskach; o systematyczne zbadanie wód mineralnych w kierunku chemicznym, fizykalnym i fizjologicznym; wstrzymać moc obowiązującą ustawy zdrojowej na terenie Małopolski aż do czasu przeprowadzenia w niej odpowiednich zmian; domagać się kanalizacji Zakopanego; wydzielenia zdrojowisk z obszaru gminnego; domagać się od Rządu utworzenia Inspektoratu technicznego dla Uzdrowisk; zaprotestować przeciw zamierzonemu zwinięciu Zdrojowiska Pustomyty; domagać się utworzenia katedr balneologji na Wydziałach lekarskich; apel do Polskiej Akademji nauk lekarskich w sprawie wydania drukiem polskiej bibljografji balneologicznej; w sprawie połączeń kolejowych ze zdrojowiskami; o połączenie zdrojowisk z istniejącą siecią kolejową, zwłaszcza Szczawnicy, Rymanowa, Iwonicza i Buska. Opracowanie wymienionych uchwał i wysłanie ich, gdzie należy, polecono Polskiemu Związkowi zdrojowisk we Lwowie. Po południu drugiego dnia Zjazdu odbyło się Walne zgromadzenie Związku, na którem, wybrano przewodniczącym Związku hr. Jana Potockiego, I wiceprezesem dra. J. Zakrzewskiego, II wiceprezesem dr. L. Dydyńskiego, III wiceprezesem p. K. Krunsensterna, sekretarzem Radcę W. Stupnickiego, zastępcą dr. F. Kmietowicza, skarbnikiem dyr. A. Teodorowicza, zastępcą dr. St. Lewickiego, nadto wydziałowych i ich zastępców.

Sprawy zawodowe.

Odezwa do Zarządu Zrzeszenia Lekarzy W. K. Ch. w Warszawie.

W myśl postulatu Walnego Zgromadzenia Związku Lekarzy Państwa Polskiego w dniu 30. IX. 1922 r. Wydział Wykonawczy Związku zwraca się do Zarządu Zrzeszenia Lekarzy W. K. Ch. (Kas chorych), aby tenże zechciał na swem zebraniu walnem postawić na porządku dziennym sprawę przyłączenia się do Związku Lekarzy P. P. z zachowaniem swej autonomji w ramach ustawy Związku.

Błyskawiczny rozwój warunków ekonomicznych wraz z ewolucją społeczno polityczną w dobie po wielkiej wojnie wykazały dosadnie, jak dalece w brutalnej walce antagonizmów klasowych jest zagrożony byt całego stanu lekarskiego, a skutkiem tego prawidłowy postęp wiedzy i sztuki lecznicznej. Do tego upośledzenia moralnego i materjalnego nie w najmniejszej mierze przyczynia się sam świat lekarski, bądź to przez nieuświadomienie, bądź to przez brak poczucia solidarności koleżeńskiej. Warszawa jako mózg i serce Polski, jako ten ośrodek na który z niepokojem zwraca swój wzrok prowincja, nasłuchując haseł twórczych, w obecnej chwili przedstawia gorszący obraz rozkładu i nigdy dotychczas niespotykanego zamętu w umysłach. A przecież nie z walk zaciekłych, lecz z głębi serc i ducha, nie z anarchji, lecz z syntezy i harmonji społecznej, wytrysnąć może ten prąd ożywczy. co ocali subtelny kwiat naszej kultury od zagłady.

A czas nagli, ostatnia być może to chwila, aby się ocknąć z letargu i obojętności, i zespolić wysiłki ku budowie nowego gmachu odrodzenia Ojczyzny naszej; pod hasłem »W zjednoczeniu siła«.

Concordia parvae res crescunt,
discordia maximae dilabuntur.

E. Orłowski prezes, *Zaorski* sekretarz.

Wybory do Rad Izb Lekarskich.

Lublin.

Dnia 10 grudnia 1922 r. pod kierunkiem Rządowego Komisarza Wyborczego Dr. Andrzeja Krysińskiego, odbyły się w Lublinie pierwsze wybory do Rady Izby Lekarskiej Lubelskiej, obejmującej województwa: Lubelskie, Poleskie i Wołyńskie.

Wybrani zostali:

Drowie 1. Wiszniewski Eugeniusz z Siedlęc, 2. Łuczkowski Edward z Chełma, 3. Baliński Karol z Równego, 4. Modrzewski Jan z Lublina, 5. Królewski Wacław z Kowla, 6. Jarosiński Adam z Sterdyni p. Sokol., 7. Domański Jan z Krzemieńca, 8. Lipiński Włodzimierz z Łucka, 9. Wąsowski Stefan z Lublina, 10. Sołłohub Józefat z Włodzimierza, 11. mjr. Brykner Władysław z Siedlec, 12. Kuropatwiński Aleksander z Drohiczyna, 13. Serdakowski Bronisław z Brześcia nad Bugiem, 14. Domański Zygmunt z Krasnegostawu, 15. Miłaszewski Franciszek z Łucka, 16. Drożdż Wacław z Lublina, 17. Kopciewicz Ryszard z Biłgoraja, 18. Płaczkiewicz Leon z Lublina, 19. mjr. lek. Studziński Erazm z Łucka, 20. Gejsler Józef z Brześcia nad Bugiem, 21. Jaworski Kazimierz z Lublina, 22. ppułk. lek. Kowaliński Kazimierz z Lublina, 23. Gąsiorowski Jan z Puław, 24. ppułk. lek. Jacewski Adolf z Brześcia nad Bugiem, 25. Cynberg Jankiel z Lublina.

Ponieważ liczba 25 wybranych członków Rady Izby Lekarskiej Lubelskiej odpowiada liczbie, przewidzianej w art. 10 ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich (Dz. Ustaw Nr. 105, poz. 763, 1921 r.) przeto wybory powtórne nie odbędą się.

Lublin, dnia 11. grudnia 1922 r.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Zarząd Bibljoteki krakowskiego Tow. Lekarskiego składa podziękowanie Sz. Kol. Drowi H e r m a n o w i H i r s c h o w i z Krakowa, za książki darowane Bibljotece.

Lwów.

Prof. Dr. Adam Bednarski zamianowany został profesorem zwyczajnym i dyrektorem kliniki chorób ocznych.

Prof. Cieszyński złożył w Izbie lekarskiej na fundusz wdów i sierot po lekarzach kwotę 165000 Mp. zebraną przez lekarzy dentystów we Lwowie celem uczczenia pamięci kolegi Dr. Józefa Meschla.

Uroczystość setnej rocznicy urodzin Ludwika Pasteura odbyła się w auli Collegium maximum dnia 15. b. m. Po przemówieniach rektora i dziekana Wydz. lekarskiego wygłosił doc. Steusing pięknie opracowany wykład, w którym przedstawił podstawowe zasługi Pasteura dla nauki. W uroczystości urządzonej przez Uniwersytet, Politechnikę i Akademję medycyny weterynaryjnej oraz towarzystwa naukowe, między niemi Tow. lekarskie, wzięli udział przedstawiciele władz duchowieństwa, wojskowości i świata naukowego a także przedstawiciele państw zagranicznych. Uroczystość zakończyła się przemówieniem konsula francuskiego p. Vautier.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie. XXXVI. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dnia 29. grudnia b. r. o godz. 6 wieczorem w Poliklinice, ul. Lindego 5.

Część I. Wykład kol. C i e s z y ń s k i e g o: »Ilu potrzeba nam lekarzy w Polsce. (Z zagadnień ekonomji lekarskiej)«.

Część II. Doroczne Walne Zgromadzenie. Sprawozdanie zarządu za rok 1922 i wybór zarządu na rok 1923.

Po posiedzeniu koleżeńska wspólna wieczerza w hotelu George'a I. p. *Franke* prezes, *Kmietowicz* sekretarz.

Warszawa.

Stanowisko ordynatora szpitala św. Stanisława otrzymał z konkursu kol. Jan Bełkowski.

Inspekcje administracyjne Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Ministerstwo Zdrowia Publicznego przeprowadziło w ciągu ubiegłego roku cały szereg inspekcyj administracyjnych Województw (Wojewódzkich Urzędów Zdrowia), a w szczególności w Krakowie (dr. Mikłaszewski i dr. Hilarowicz), Kielcach (dr. Mikłaszewski), Lwowie, Tarnopolu i Stanisławowie (dr. Hilarowicz), na kresach wschodnich (dr. Hryszkiewicz), w Białymstoku (dr. Hilarowicz). Przedmiotem inspekcji były sprawy wewnętrznej organizacji Wydziałów Zdrowia Publicznego (Wojewódzkich Urzędów Zdrowia) w poszczególnych Województwach, podziału ich na oddziały (pod tym względem istnieją różne systemy w poszczególnych dawnych zaborach), stosunek do innych Wydziałów Województwa, systemy kancelaryjne i t. d.

W dniu 25. listopada Warszawskie Towarzystwo Farmaceutyczne obchodziło uroczystość 50-letniego istnienia. Ponieważ komitet organizacyjny nie zawiadomił o tym obchodzie Redakcji naszej Gazety, warszawski komitet redakcyjny, nie mogąc wziąć w nim bardziej czynnego udziału, ograniczył się jedynie do przesłania okolicznościowej depeszy z życzeniami.

Zmarli.

Dr. Franciszek C h o m i c k i, st. asystent kliniki chirurgicznej Uniwersytetu J. K., zmarł w 32 r. życia we Lwowie.